

**DIE POSTOPERATIVE SITUATION
KOLEKTOMIERTER PATIENTEN , UNTER
SPEZIELLER BERÜCKSICHTIGUNG DER
SOMATISCHEN UND PSYCHOSOZIALEN ASPEKTE**

**Eine vergleichende Studie von Anus Praeter-Trägern
mit verschiedenen Darmerkrankungen**

JÜRGEN RÖGER

1987

Aus der Medizinischen Poliklinik der Universität München
Vorstand: Professor Dr. med. N. Zöllner

**DIE POSTOPERATIVE SITUATION KOLEKTOMIERTER PATIENTEN,
UNTER SPEZIELLER BERÜCKSICHTIGUNG DER SOMATISCHEN UND
PSYCHOSOZIALEN ASPEKTE.**

**EINE VERGLEICHENDE STUDIE VON ANUS PRAETER-TRÄGERN MIT
VERSCHIEDENEN DARMERKRANKUNGEN.**

Dissertation

**zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München**

vorgelegt von

Jürgen Röger

aus

München

im Jahr 1987

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. R. Klußmann

Mitberichterstatter: Prof. Dr. med. N. Zöllner

Dekan: Prof. Dr. med. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 12. Februar 1987

Ein Mensch mißachtet die Befehle
des bessern Ich der zarten Seele.
Bis die beschließt, gekränkt zu schwer:
Mit dem verkehre ich nicht mehr.
Sie lebt seitdem, verbockt und stumm
ganz teilnahmslos in ihm herum.

Eugen Roth

Wenn du einen Riesen siehst,
schau nach dem Stand der Sonne.
Vielleicht ist es nur
der Schatten eines Zwerges!

Chinesisches Sprichwort

Die vorliegende Arbeit ist allen Anus praeter-Trägern gewidmet.

Besonderen Dank für die Mithilfe möchte ich äußern gegenüber:
Herrn Prof. Dr. med. Nepomuk Zöllner, der die Durchführung
dieser Arbeit an der Medizinischen Poliklinik der Universität
München ermöglicht hat, Herrn Prof. Dr. med. Rudolf Klußmann,
Leiter der Psychosomatischen Beratungsstelle der Medizinischen
Poliklinik, Herrn Dr. rer. nat. G. Englert und Frau H. Englert
von der Deutschen ILCO, Herrn Thieme und Herrn Kampe vom ISB
des Universitätsklinikums München-Großhadern, Frau Dipl. soz.
päd. A. Marko, Frau Dipl. psych. E. Kahlenberg, Herrn Dr. med.
A. Sönnichsen, sowie allen Patienten, die sich an der Frage-
bogenaktion beteiligt haben.

Für die finanzielle Unterstützung danke ich den Firmen ConvaTec,
Deutsche Abott GmbH und Medic-Eschmann, sowie meinen Eltern.

Die statistische Auswertung dieser Arbeit wurde freundlicher-
weise im Rechenzentrum des ISB ermöglicht. Sie erfolgte mit
Hilfe der BMDP-Programme, die an der University of California
in Los Angeles entwickelt wurden.

I

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Einleitung	1
1.1 Fragestellung und Hypothesen	1
1.2 Pathogenetische und klinische Aspekte des Morbus Crohn	3
1.3 Pathogenetische und klinische Aspekte der familiären Polyposis coli	10
1.4 Somatische und psychosoziale Ausgangslage von Anus praeter Trägern	16
2. Angewandte Methoden	20
2.1 Der Fragebogen	20
2.2 Die Beschwerdenliste	21
2.3 Der Gießen-Test	23
2.4 Auswertungsmodus der Fragebögen	27
2.5 Methodenkritik	30
3. Beschreibung des Patientenguts	33
3.1 Auswahl des Patientenguts	33
3.2 Rücklauf	33
3.3 Altersverteilung	33
3.4 Geschlechtsverteilung	35
3.5 Sozialdaten	35
3.6 Zeitlicher Abstand zur Operation	40
3.7 Art des Stomas	40

4.	Ergebnisse	42
4.1	Faktorenanalyse	42
4.1.1	Auswahl der Variablen	42
4.1.2	Beschreibung der Faktoren	42
4.1.3	Korrelierung der Faktoren mit den Beschwerdelisten und dem Gießen-Test	49
4.1.4	Korrelationen der Faktoren mit anderen Parametern	64
4.1.5	Verhältnisse der Faktor-Scores innerhalb der verschiedenen Patientengruppen	71
4.2	Analyse der körperlichen Beschwerden nach der Operation	77
4.2.1	Neue Beschwerden innerhalb des ersten Jahres nach der Operation	77
4.2.2	Neue Beschwerden die später auftraten	79
4.2.3	Nach der Operation verstärkt aufgetretene Beschwerden	81
4.2.4	Korrelation zwischen postoperativen Beschwerden und anderen Parametern	83
4.2.5	Vergleich der postoperativen Beschwerden innerhalb aller Patientengruppen	85

	Seite
4.3	Ergebnisse der Münchner Beschwerdenlisten 88
4.3.1	Korrelationen zwischen den Be- schwerdelisten und anderen Parametern 88
4.3.2	Gegenüberstellung der Beschwerde- listen-Scores in den verschiedenen Patientengruppen 90
4.4	Ergebnisse des Gießen-Test 95
4.4.1	Korrelationen zwischen Gießen- Test und anderen Parametern 95
4.4.2	Ergebnisse des Gießen-Test in den verschiedenen Patientengruppen 98
5.	Diskussion 106
5.1	Historischer Überblick 106
5.2	Analyse der Hypothesen 109
5.3	Weitere Ergebnisse 124
5.4	Schlußwort und therapeutischer Ausblick 127
6.	Zusammenfassung 131
7.	Literaturverzeichnis 134
Anhang:	Der Fragebogen

1. Einleitung

1.1 Fragestellung und Hypothesen

Die vorliegende Arbeit untersucht die postoperative Situation von Anus praeter Trägern. Ein anus praeter naturalis, kurz Anus praeter genannt, ist ein künstlicher Darmausgang, der nach Rektumamputation zur Ableitung des Kotes auf die Bauchwand verlegt wird. Werden nur das Rektum oder Teile des Dickdarms reserziert, kann der verbleibende Dickdarm als Kolostoma an der Bauchwand ausgeleitet werden. Wird dagegen der gesamte Dickdarm entfernt, muß der Endabschnitt des Dünndarms, als Ileostoma den künstlichen After bilden.

Es ist leicht verständlich, daß bei derartigen Operationen die einen gravierenden Eingriff in die körperliche Integrität darstellen, postoperativ nicht nur somatische, sondern auch psychosoziale schwer zu verarbeitende Probleme auftreten. Die körperlichen und seelischen Schwierigkeiten, die diese Patienten zu bewältigen haben, sind ebenso Gegenstand der vorliegenden Untersuchung, wie die Faktoren, die Einfluß auf die psychische Verarbeitung dieses Traumas ausüben.

Dem Morbus Crohn mit vermutlich partieller psychosomatischer Genese, wurde eine Krankheit genetischen Ursprungs, die familiäre Polyposis gegenübergestellt. Beide Patientengruppen wurden hinsichtlich ihrer Bewältigung des "Traumas Anus praeter" miteinander verglichen. Bereits früher wurde an der Medizinischen Poliklinik München von A. Sönnichsen eine ähnliche Studie an 67 Colitis ulcerosa und 167 Dickdarmkarzinom Patienten durchgeführt (90). Zur Gegenüberstellung aller vier Patientengruppen fließen vergleichbare Daten der damaligen Untersuchung in diese Arbeit ein, so daß sich in einigen Fällen die Patientenzahl auf 347 erhöht.

In der Arbeit gehen wir von folgenden Hypothesen aus:

1. Bei den untersuchten Patienten wird erwartet, daß die Entfernung eines Organs und der Verlust der analen Sphinkterkontrolle, den die Anlage eines künstlichen Darmausgangs nach sich zieht, mit verschiedenen seelischen Reaktionsmustern beantwortet wird.
2. Patienten, die diese Verlusterlebnisse psychisch reif verarbeiten, leiden postoperativ weniger unter neuen Beschwerden, als Patienten, mit weniger adäquaten Antwortmustern.
3. Morbus Crohn-und Colitis ulcerosa-Patienten, als Vertreter einer Krankheitsgruppe, bei denen eine partielle Psychogenese vermutet wird (31,88), haben bei der Bewältigung des "Traumas Anus praeter" größere Schwierigkeiten, als Patienten mit rein somatischen Vorerkrankungen. Erstere werden auch durch die Operation letztendlich nicht "geheilt".

Um diese Hypothesen zu überprüfen, wurden die Fragebögen statistisch ausgewertet, durch mathematische Rechenoperationen den verschiedenen Fragestellungen nach aufgearbeitet und auf ihre Signifikanz geprüft.

Bevor auf die Untersuchungsergebnisse eingegangen wird, sollen die Grundkrankheiten Morbus Crohn und familiäre Polyposis coli hinsichtlich ihrer internistischen und chirurgischen Aspekte dargestellt werden.

1.2 Pathogenetische und klinische Aspekte des Morbus Crohn

Crohn, Ginzburg und Oppenheimer publizierten 1932 14 Fälle mit entzündlichem Befall des terminalen Ileum, die sie als regionale Ileitis bezeichneten (19). Sie beschrieben erstmals diese klinisch und pathologisch eine Einheit bildende Krankheit, mit einem von proximal nach distal fortschreitenden Befall der Darmabschnitte.

In den letzten 20-30 Jahren trat jedoch gerade bei jungen Patienten von Anfang an die kombinierte Ileocolitisform auf. Unter dem Einfluß von Lockhart-Mummery (70) wird heute eine Unterscheidung zwischen Ileocolitis, Colitis Crohn und Colitis ulcerosa angestrebt. Trotzdem läßt sich auch heute in 5-20% der Fälle keine sichere Abgrenzung zwischen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa ziehen (58). Es wird auch immer wieder diskutiert, ob es sich bei Morbus Crohn und Colitis ulcerosa nicht um zwei Krankheiten der gleichen Ätiologie mit nur unterschiedlichen Reaktionsmustern handle (41).

Beim Morbus Crohn scheint es sich – im Gegensatz zur Colitis ulcerosa – um ein relativ neues Krankheitsbild zu handeln. Haferkamp (41) hält es für unwahrscheinlich, daß die Pathologen in der Zeit bis vor 50 Jahren diese Erkrankung am Obduktionstisch nicht erkannt und diagnostiziert hätten.

In den westlichen Ländern zeigt sich der Morbus Crohn mit einer jährlichen Inzidenz von 2-4 Neuerkrankungen und einem jährlichen Prävalenzbereich von 20-40 Erkrankten pro 100.000 Einwohner. Während bis 1969 eine stetige Zunahme der Inzidenz festzustellen war, läßt sich neuerdings wieder ein allmählicher Rückgang der Neuerkrankungen feststellen (61).

Die Erstmanifestation des Morbus Crohn hat ihr Maximum zwischen dem 15.-30. Lebensjahr. Er kann jedoch in jedem

Lebensalter auftreten. Männer und Frauen sind gleichermaßen betroffen. Morbus Crohn wird häufiger in der weißen Rasse gefunden, besonders häufig bei emmigrierten Juden. In Südamerika, Afrika, Asien und Japan findet man die Crohnsche Krankheit dagegen seltener (63).

Ätiologie und Pathogenese des Morbus Crohn sind nach wie vor unbekannt. Viele Faktoren scheinen jedoch Einfluß auf den Ausbruch der Krankheit zu nehmen. Einige Autoren vermuten einen starken genetischen Einfluß (57,66), da 20% der blutsverwandten Familienmitglieder ebenfalls an Morbus Crohn leiden würden. Die Suche nach einem genetischen Marker blieb bislang jedoch erfolglos. Eine erhöhte Assoziation mit HLA-Antigenen ließ sich bisher nicht nachweisen (8).

Bakterielle, virale oder parasitäre Faktoren wurden ebenso oft postuliert wie nachträglich wieder verworfen. Beispielsweise hatten mehrere Untersucher festgestellt, daß durch die Übertragung von Homogenaten aus Crohn-krankem Darm und Lymphknotengewebe typische granulomatöse Entzündungen an Versuchstieren hervorzurufen waren (5,75). Man ließ zuvor die Homogenate durch einen Filter passieren, durch den nur Partikel in der Größenordnung von Viren hindurchtreten konnten. Es wurde deswegen ein übertragbares Agens in der Größe von Viren postuliert (16). Andere Forscher (24) konnten jedoch zeigen, daß auch Kolonhomogenate von gesunden Darmpräparaten dieselben Granulome hervorriefen.

Da sich der Morbus Crohn vor allem in den Ländern der zivilisierten Welt findet, wurden diätetische Einflüsse untersucht. In der Tat zeigte sich ein negativer Einfluß von zuckerhaltigen Produkten, schlackenarmen- und vorgefertigten Lebensmitteln (72,73).

Hellers konnte zeigen, daß Patienten die weniger als fünf Wochen gestillt wurden, später signifikant häufiger Morbus

Crohn entwickelten, als länger gestillte Babies (46). Ob die Muttermilch eine bessere Immunitätslage des Darms bewirkt, oder die Flaschennahrung aufgrund ihrer Antigenwirkung schädlich ist, oder ob der psychologische Einfluß des Stillens die entscheidende Rolle spielt bleibt offen.

Viele Mediziner und andere Wissenschaftler haben immunologische Phänomene beim Morbus Crohn untersucht. Thiele und Mitarbeiter haben diese Ergebnisse zusammengefaßt (98). Immunologische Mechanismen anzunehmen war naheliegend, wenn man bedenkt, daß diese Patienten häufiger als Normalpersonen an extraintestinalen Erkrankungen wie allergische Rhinitis, Asthma, chronischem Ekzem, Erythema nodosum und rheumatischen Beschwerden leiden (42). Außerdem reagiert der Morbus Crohn-Kranke mit einer Befundbesserung auf immun-suppressive Medikamente wie Cortikosteroide und Azathioprim. Eine Vermehrung von Ig-G, Ig-A und Ig-M produzierenden Plasmazellen in der Mukosa ist ebenfalls beschrieben worden (11). Obwohl Kolonantikörper mit einer Kreuzreaktivität gegenüber E. coli 014 bei Morbus Crohn Patienten gefunden wurden, korrelieren diese Antikörper nicht mit der Krankheitsaktivität. Die bei Morbus Crohn vorkommenden Granulome werden allerdings mit hoher Wahrscheinlichkeit durch abgelagerte Immunkomplexe hervorgerufen (91). Interessant ist auch, daß sich nur beim Morbus Crohn in 40 % der Fälle Autoantikörper gegen exokrines Pankreas findet. Autoantikörper gegen intestinale Becherzellen werden dagegen nur bei Colitis ulcerosa gefunden und zwar in 30 % der Fälle (93). Stöcker und seine Mitarbeiter sind der Ansicht, daß die Entzündung des Darmes durch Immunreaktionen gegen Bestandteile des Pankreassekrets hervorgerufen wird.

Auch psychische Faktoren scheinen für die Manifestation des Morbus Crohn eine entscheidende Rolle zu spielen (siehe dazu 5. Diskussion) (31).

Der klinische Verlauf des Morbus Crohn kann sich sehr variabel gestalten. Er kann sich je nachdem, welche anatomische Struktur befallen ist klinisch unterschiedlich äußern. Die Krankheit kann entgegen der früher gebräuchlichen Bezeichnung "Ileitis terminalis" an allen Stellen des Magen-Darm-Traktes auftreten. Mund und Ösophagus können also ebenso betroffen sein wie die Analregion. Beim klassischen Verlauf wechseln sich Exazerbationsperioden und Phasen relativer Inaktivität ab. Von mehreren Untersuchern wurden Aktivitätsindices erstellt, die eine grobe Einstufung in verschiedene Schweregrade und Entzündungsstadien ermöglichen. Meistens breiten sich die Läsionen von proximalen zu distalen Darmabschnitten aus. Nur selten kommt es dabei zur Regression.

Anfänglich können nur Flatulenz und uncharakteristische Bauchschmerzen vorhanden sein. Eine, meist unblutige Diarrhoe gesellt sich im weiteren Verlauf fast immer dazu, gefolgt von Gewichtsabnahme, Anämie und Fieber.

An Komplikationen finden sich vor allem innere Fisteln, perianale Fisteln, Abszesse und Stenosen des Darms (114). Bei Dünndarmbefall kommt es vorwiegend zum Malabsorptionssyndrom, der Bildung von Konkrementen im Bereich von Niere und Gallenblase, sowie zu Hydronephrose und Hydrouretheren. Dickdarmbefall ist dagegen häufiger begleitet von Komplikationen an Haut, Schleimhaut, Augen und Gelenken. Das Risiko maligner Entartung ist statistisch zwar erhöht, stellt im Gegensatz zur Colitis ulcerosa beim Morbus Crohn eine seltene Komplikation dar (43).

Die Diagnose läßt sich in den meisten Fällen aus dem Zusammenspiel der klinischen, radiologischen und endoskopischen Befunde erheben. Eine Erhöhung der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit ist zusammen mit einem Leukozytenanstieg ein Kriterium für das Fortschreiten der Krankheit. Differentialdiagnostisch müssen Yersinien- und Mykoplasmeninfektionen

ebenso ausgeschlossen werden, wie eine ischämische Kolitis, eine Appendizitis, eine Adnexitis oder ein Colon irritabile. Auf die Schwierigkeiten bei der Abgrenzung zur Colitis ulcerosa wurde bereits eingangs hingewiesen.

Da der Morbus Crohn ein Krankheitsgeschehen multifaktorieller Genese ist, sollte auch die Therapie auf einem mehrdimensionalen Ansatz beruhen. Medikamentöse, psychotherapeutische, operative und nachsorgende Verfahren sollten im Bedarfsfall zum Einsatz gelangen.

Da der einzelne Krankheitsverlauf individuell große Unterschiede zeigt, darf die Therapie nicht rein schematisch angewendet werden.

Für die medikamentöse Behandlung kommen in erster Linie Corticosteroide und Salazosulfapyridin in Frage (65). Bei enteralen und perianalen Fisteln kann die Behandlung der oft durch Anaerobien verursachten Infektionen mit Metronidazol hilfreich sein (12). Bei schwersten Fällen kommen Immunsuppressiva wie 6-Merkaptopurin und Cyclosporin A in Betracht (65,48). Diese pharmakologischen Behandlungsmaßnahmen bringen unter Umständen erhebliche Nebenwirkungen mit sich und können den progredienten Krankheitsverlauf oft nur mäßig beeinflussen. .

Unter bestimmten Umständen wird daher eine chirurgische Therapie beim Morbus Crohn angezeigt sein. Auch die chirurgische Behandlung ist zwar nicht kausal - eher palliativ - aber oft notwendig und lebensrettend. Während viele Gastroenterologen aufgrund der hohen postoperativen Rezidivrate von 50 - 60 % (29) möglichst lange zu konservativen Therapieformen neigen, verweisen die Chirurgen darauf, daß bis zu 80 % aller Patienten früher oder später sowieso operiert werden müssen (37). Deshalb sollte zu einem Zeitpunkt operiert werden, in dem der Allgemeinzustand des Patienten noch ein möglichst geringes Operationsrisiko mit sich bringt (62).

Keinen Zweifel über den Operationszeitpunkt gibt es bei den absoluten Operationsindikationen. Hierzu gehören die freie Perforation, massive Blutungen, ein akuter Ileus, das toxische Megacolon, septische Komplikationen, sowie Fisteln zur Harnblase und Ureterkompressionen mit Aufstauung.

Schwieriger wird die Frage des richtigen Zeitpunktes bei der relativen Operationsindikation. Diese ist gegeben, wenn die konservative Therapie nicht mehr ausreichend ist. Hierunter fallen Stenosen mit Ausbildung eines chronischen Subileus, enterokutane, enterovaginale, enteroenterische oder anale Fisteln, Konglomerattumoren und ausgeprägte Mitbeteiligungen von Haut, Augen und Gelenken, die sich auf konservative Therapie nicht bessern. Von seiten der Chirurgen wird argumentiert, daß länger bestehende Stenosen zu einer Wandbeschädigung der prästenotischen Darmabschnitte führen. Dies kann zur Entfernung eines längeren Darmsegments zwingen, als es der ursprünglichen Krankheitsausdehnung entsprochen hätte.

Kurzschlußverbindungen durch entero-enterale bzw. enterocolische Fisteln können zu einer schweren Malabsorption führen. Der folglich kachektische Patient hat dann natürlich ein erhöhtes Operationsrisiko.

Aus den oben erwähnten Gründen wird deshalb heute von den meisten Internisten und Chirurgen ein Mittelweg eingeschlagen, der als "Indikation zur Frühbehandlung von Komplikationen" bezeichnet wird.

Gegenüber früher sprechen sich gegenwärtig die meisten Chirurgen für eine sparsame Resektion aus, da die Rezidivrate hierbei nicht höher liegt als bei der früher bevorzugten Operation, die weiter in den gesunden Bereich hineinreichte (37,79).

Das Operationsziel ist die Entfernung des erkrankten Darmabschnitts, die Ausrottung von Fistelsystemen, die Entlastung und Drainage von Abszessen und die Beseitigung entzündlicher Konglomerattumoren - meist unter Resektion der einbezogenen Darmschlingen.

Völlig verlassen hat man heute Umgebungsanastomosen unter Belassung des erkrankten Darmabschnittes. Die Vorstellung, daß die Erkrankung im stillgelegten Darmabschnitt zur Ausheilung kommt, hat sich nicht bewahrheitet. Die Zahl der Rezidiveingriffe war besonders groß (38).

Liegen Analfisteln vor, so dürfen diese nicht palliativ, im Sinne einer Abszeßspaltung und Drainage angegangen werden. Eine "kurative" Behandlung von Analfisteln führt zu häufig zur Sphinkterinsuffizienz (45).

Bei vorwiegendem Dünndarbefall erfolgt normalerweise die Resektion der betroffenen Dünndarmschlingen, mit anschließender End zu End Anastomose zwischen Dünn- bzw. Dickdarnteilen.

Prognostisch günstiger hinsichtlich chirurgischer Komplikationen und Rezidivrate ist der Morbus Crohn des Dickdarms (68). Bei Totalbefall des Colons wird zuerst die kontinenz-erhaltende Colektomie mit ileorectaler Anastomose angestrebt. Ist das Rectum mitbefallen, bleibt schließlich nur noch die Proktektomie, bzw. die Proktokolektomie bei zusätzlichem Dickdarbefall. Dies macht dann die Anlage eines künstlichen Darmausganges als Colostoma bzw. Ileostoma notwendig. Während Patienten mit Colitis ulcerosa nach ihrer Proktokolektomie und Anlage des Ileostomas von dieser Krankheit befreit sind, haben die Morbus Crohn Patienten doch ein erhebliches Rezidivrisiko. 20 - 40 % der Patienten bekommen innerhalb der nächsten 10 Jahre ein erneutes Rezidiv (68). Das Operationsrisiko selbst ist mit einer Mortalität von 1,5 - 6,5 % belastet (37).

1.3 Pathogenetische und klinische Aspekte der familiären Polyposis coli

Bei der auch als familiäre Adenomatose, bzw. familiäre adenomatöse Polyposis coli bezeichneten Erkrankung handelt es sich um eine autosomal dominante Erbkrankheit, bei der sich hunderte bis tausende Polypen im Darmtrakt entwickeln. Männer und Frauen sind gleichhäufig betroffen und können auch beide die Krankheit wieder auf die nächste Generation weitergeben. (37). Nach der Mendel'schen Verteilung dominanter Erbkrankheiten würde man erwarten, daß 50% der Nachkommenschaft betroffen ist. In der Praxis finden sich 43%. Als erster hatte Cripps bereits 1882 die Vererblichkeit der Polyposis coli festgestellt. Zahlreiche weitere Untersuchungen folgten und man kann heute sagen, daß es sich bei der familiären Polyposis um die am klarsten definierte Präkanzerose in der gesamten Medizin handelt. (37). Man rechnet mit einem Fall auf 7000 - 8300 Lebendgeburten (82). Die Krankheit manifestiert sich meist vor dem 35. Lebensjahr. Manchmal entwickelt sie sich jedoch auch erst im höheren Lebensalter, so daß Familienmitgliedern zu keinem Zeitpunkt eine Garantie für das definitive Ausbleiben der Krankheit gegeben werden kann (14).

Hauptsächlich finden sich die Adenome zwar im Rektum und Colon, aber auch Dünndarm und Magen können befallen sein (89). Die Frage, ob diese extrakolischen Polypen ebenfalls zur malignen Entartung neigen, läßt sich noch nicht sicher beantworten. Wahrscheinlich tragen zwar auch sie eine Potenz zur malignen Entartung in sich, zu bösartigen Neubildungen kommt es jedoch selten. Am ehesten ist dann die periampulläre Region des Duodenums betroffen (37). 10 - 16 % der Patienten mit familiärer Polyposis zeigen extraintestinale Manifestationen (37). Hierzu gehören gutartige Tumoren wie Osteome und Desmoide, multiple kutane und subkutane Läsionen wie Epidermiszysten, Fibrome und Fibromatosen, sowie Dentitionsstörungen. Man nennt diesen Symptomkomplex dann Gardner-Syndrom (8).

Diese extraintestinalen Manifestationen zeigen jedoch variable Expressivität innerhalb derselben Familie und sogar bei eineligen Zwillingen (89). Das Gardner-Syndrom findet sich bei 1 von 14025 Lebendgeburten (104). Die heutige Ansicht geht mehrheitlich dahin, daß familiäre Adenomatose und Gardner-Syndrom die gleiche genetische Grundlage haben und die extraintestinalen Manifestationen lediglich eine unterschiedliche Penetranz des abnormen Genotyps repräsentieren (87).

In noch selteneren Fällen ist die familiäre Polyposis coli mit bösartigen Tumoren des ZNS gekoppelt. Diese Form wird dann als Turcot-Syndrom bezeichnet (86).

Zum Zeitpunkt der Geburt ist das Rektum und Colon bei den Patienten mit familiärer Adenomatose noch normal. Anscheinend entwickeln sich die Polypen erst im Lauf der Pubertät (37). Symptome treten im allgemeinen erst um das 20. Lebensjahr auf (25). Erste Zeichen sind eine gesteigerte Darmtätigkeit und weicher werdende Stühle. Meist erfolgt der Gang zum Arzt jedoch erst, wenn eine schlimmere Diarrhoe mit Absonderungen von Schleim und Blut einsetzt. Unglücklicherweise sind dann allerdings maligne Entartungen bei ca. einem Drittel der Patienten bereits aufgetreten (37).

Bei den Patienten mit Gardner-Syndrom können die extraintestinalen Manifestationen auch schon früher auftreten. Multiple Talgdrüsenzysten bei Kindern, die sich nach histologischer Untersuchung als Epidermoidzysten herausstellen, sollten den behandelnden Arzt genauso Verdacht schöpfen lassen, wie Zahnmißbildungen und Exostosen des Unterkiefers (37).

Der wesentliche Schritt zur Diagnosesicherung ist sicherlich die rektale Untersuchung und die Sigmoidoskopie.

Bei Patienten mit familiärer Polyposis coli kann man bereits mit dem Finger die Polypen bei der rektalen Untersuchung tasten. Mit der Sigmoidoskopie sieht man dann zahllose Polypen auf normaler Schleimhaut, die sich histologisch als Adenome erweisen. Im Zweifelsfalle und zur Karzinomsuche kann man schließlich noch eine Doppelkontrastaufnahme des Darmes anfertigen. Sie zeigt gut die unzähligen Polypen, die in einen normal haustrierten Darm ragen.

Differentialdiagnostisch muß man bei der oben beschriebenen Darmsymptomatik eine Colitis ulcerosa ausschließen. Diese Polypen sind allerdings entzündlich verändert und auch das Colon selbst imponiert radiologisch durch Kontraktionen und einen Verlust der Haustrierung (37). Die nicht familiären Polyposen lassen sich dagegen dadurch abgrenzen, daß bei ihnen das Rektum meist nicht befallen ist (76).

Bei Patienten mit familiärer Adenomatose wurden neuerdings metabolische und zelluläre Störungen festgestellt, die in Zukunft vielleicht für eine frühzeitige Diagnostik herangezogen werden könnten. Durch Hautbiopsien wurden Fibroplasten genommen und diese kultiviert. Es zeigte sich, daß diese Fibroplasten einen Verlust der normalen Kontakthemmung aufwiesen und eine erhöhte Menge von Plasminogen-Aktivator produzierten. Dies sind typische Zeichen für Tumorstadium. Außerdem wiesen diese Zellkulturen eine 100 - 1000 mal höhere Anfälligkeit für virale Transformationen auf, welche als Tumorpromotor wirken können (56). An isolierten Adenomen von Patienten mit der familiären Polyposis wurde ein Unvermögen der Zellen registriert, die DNA-Synthese zu unterdrücken, was als ein weiteres Zeichen für die neoplastische Tendenz dieser Adenome zu werten ist (23). Diese Abnormitäten finden sich bei allen Patienten mit familiärer Adenomatose und bei der Hälfte ihrer asymptomatischen Nachkommen.

Wie vorher erwähnt, ist eine maligne Entartung zum Zeitpunkt der Diagnosestellung häufig bereits eingetreten. Die einzig sichere Möglichkeit, die Krankheit zu einem asymptomatischen Zeitpunkt zu diagnostizieren, ist daher die Untersuchung aller Familienmitglieder und Verwandten eines Patienten mit familiärer Polyposis (8). Im 13. Lebensjahr sollte zum ersten Mal eine Sigmoidoskopie durchgeführt werden. Da sich makroskopisch alle Größenvarianten zwischen nur 1 mm im Durchmesser und großen Adenomen von mehreren Zentimetern Größe finden (14), muß unter Umständen eine sogenannte Tintenspray-Technik zur Sichtbarmachung der kleinen Polypen verwendet werden (97). Die endoskopische Untersuchung sollte bei Patienten der Risikogruppe alle 2 - 3 Jahre wiederholt werden (8). Finden sich bis zum 40. Lebensjahr keine Polypen, ist es sehr unwahrscheinlich, daß der Patient noch an der familiären Adenomatose erkranken wird (37).

Da es sich bei der familiären Adenomatose um eine obligate Präkanzerose handelt und die Adenome früher oder später in 100 Prozent der Fälle entarten, bleibt den Patienten nur die chirurgische Entfernung des Colons. Normalerweise wird damit bis zum 18. Lebensjahr abgewartet, da vorher kein signifikant erhöhtes Risiko der malignen Entartung besteht.

Vom pathologischen Standpunkt aus gesehen, wäre die optimale Behandlung der familiären Adenomatose die komplette Entfernung von Colon und Rektum mit anschließender Anlage eines Ileostomas. Diese Proktokolektomie mit Ileostoma wird auch bei der Colitis ulcerosa als die Therapie der Wahl angesehen. Während die Patienten mit einer Colitis ulcerosa allerdings auf Grund ihres jahrelangen Leidensdruckes noch eher geneigt sind, einen Anus praeter zu tolerieren, ist die Lage bei Polyposis Patienten anders geartet. Betrachtet man z. B. einen 18-jährigen Patienten,

bei dem auf Grund der zuvor erwähnten Routineuntersuchung eine familiäre Polyposis festgestellt wurde. Er befindet sich ja sozusagen im besten Gesundheitszustand und zeigt keinerlei Symptome. Derartige Patienten werden in den seltensten Fällen bereit sein, die Last eines künstlichen Darmausgangs auf sich zu nehmen. Hinzu kommt, daß man bei der kompletten Proktokolektomie ein erhöhtes Risiko der Beschädigung von autonomen Beckennerven eingeht, was zu sexuellen Störungen führen kann. Für die jungen Polyposis Patienten würde dies eine besonders gravierende Beeinträchtigung darstellen (37). Aus diesem Grund haben sich bisher die meisten Chirurgen für die kontinenserhaltende Kolektomie mit ileorektaler Anastomose entschieden (37). Bei dieser Operation bleibt das Rektum erhalten und das bedeutet, daß diese Patienten alle 6 Monate nachendoskopierte werden müssen, um neu aufgetretene rektale Polypen wieder elektrokoagulieren zu können (37). Es wurde zwar von einigen Fällen berichtet, bei denen die rektalen Polypen sich nach der Operation spontan (47) bzw. nach Gabe von Ascorbinsäure (21) zurückbildeten, jedoch scheint dies die Ausnahme zu sein (37). Durch die immer wieder notwendig werdenden sigmoidoskopischen Elektrokoagulationen der Polypen können einerseits rektale Strikturen entstehen und andererseits Rektumkarzinome doch nicht mit Sicherheit verhütet werden.

Trotz der endoskopischen Nachsorge wird in der Literatur das Auftreten von rektalen Neoplasien mit einer Häufigkeit von 4,4 - 59 % angegeben (77,99)! Frauen haben dabei ein 5-fach höheres Risiko für die Entwicklung von Rektumkarzinomen. Die Operationsmortalität selbst schwankt schließlich noch zwischen 1,6 - 8 %.

Um insbesondere die Entstehung der Rektumkarzinome zu vermeiden und dennoch einen künstlichen Darmausgang zu umgehen, kam in letzter Zeit eine neue ileorektale

Anastomosentechnik ins Gespräch. Bei dieser Operationsmethode werden das Colon und die proximalen zwei Drittel des Rektums entfernt. Bei dem distalen Drittel wird die Mukosa unter Schonung des Schließmuskels bis zum Anus hin reseziert und das Ileum mit dem Oberrand des Analkanals anastomosiert (22). Auf diese Art und Weise sind wie bei der totalen Proktokolektomie alle Polypen entfernt, ohne dafür den Preis eines Anus praeter zahlen zu müssen.

Aber auch diese Operationstechnik hat ihre Nachteile. Das Heilungsstadium ist wesentlich verlängert und die Schließmuskelfunktion ist weniger zufriedenstellend als bei der einfachen Kolektomie mit ileorektaler Anastomose. Außerdem wird selbst bei Anlage eines prärektalen Ileumreservoirs eine häufigere Stuhlfrequenz die Folge sein (37).

Auch bei der Kolektomie mit ileorektaler Anastomose finden sich in den ersten 2 Wochen nach der Operation noch 7 - 8 Stühle am Tag, die sich nach mehreren Monaten schließlich auf 4 - 5 pro Tag reduzieren (37).

Bedenkt man die doch nicht unerheblichen Folgen, die eine familiäre Adenomatose nach sich ziehen kann, einschließlich der Komplikation eines Gardner oder Turcot Syndroms, wird klar, daß einer eingehenden genetischen Familienberatung ein hoher Stellenwert eingeräumt werden muß.

1.4 Somatische und psychosoziale Ausgangslage von Anus praeter Trägern

Die Anlage eines künstlichen Darmausganges stellt für die Patienten eine Reihe von unterschiedlichen Belastungen dar. Es handelt sich um große bauchchirurgische Eingriffe, bei denen abhängig von der Grundkrankheit mehr oder weniger Darm reseziert und neu anastomosiert wird. Bereits auf den chirurgischen Eingriff reagiert der Organismus mit Hypoxämie, Schmerz, Angst, Immobilisation, Nahrungskarenz etc. (44).

Erschwerend zu dieser vegetativen Gesamtumschaltung gesellt sich beim Anus praeter Träger nun der künstliche Darmausgang. Der Kot entleert sich für den Patienten jederzeit sichtbar an der Bauchwand. Auf diesen Vorgang hat der Stomaträger, abgesehen von gewissen diätetischen Maßnahmen, kaum noch Einfluß. Besonders ungünstig gestalten sich diese Verhältnisse bei den Patienten mit Ileostoma. Hier entleert sich kontinuierlich flüssiger Stuhl. Liegt der Stomabeutel auf Grund von Hautfalten oder einer präoperativ schlecht ausgesuchten Stelle nicht exakt an der Hautoberfläche an, kann Kot aus diesen undichten Stellen entweichen. Die Folge ist nicht nur eine ständige Verschmutzung der Wäsche mit all den dazugehörenden Geruchsphänomenen, sondern auch schwer zu beherrschende Irritationen der Haut können sich daraufhin einstellen.

Da aus dem künstlichen Darmausgang nicht nur Kot sondern auch Luft unwillkürlich entweicht, kommt es zu deutlich hörbaren Geräuschen, auf die der Patient keinen Einfluß hat. Aus Scham und Schuldgefühlen kommt es bei einer großen Zahl von Anus praeter Trägern zur Meidung sozialer Kontakte. Unterstützt wird dieser Vereinsamungsprozeß durch eine oft unnötig durchgeführte vorzeitige Berentung dieser Patienten.

Dieser vorzeitige Ausstieg aus dem Berufsleben fördert bei den Patienten einen depressiv getönten Rückzug aus der Gesellschaft. Ihre Gedanken kreisen allzu häufig dann nur noch um den Anus praeter und dessen bestmögliche Versorgung.

Leider gesellen sich in einigen Fällen auch noch Komplikationen am Stoma hinzu. Hernien, Stenosen, Retraktionen, Abszesse und vieles mehr können die Versorgung des Stomas erschweren oder gar chirurgische Eingriffe erforderlich machen(107).

Zu diesen körperlichen und sozialen Problemen der Patienten treten noch einige psychische Aspekte hinzu. Da diese seelischen Vorgänge nicht so offensichtlich wie die körperlichen und sozialen Zusammenhänge sind, sei noch kurz auf die psychosomatische und psychoanalytische Sichtweise dieser Problematik eingegangen.

Die Einheit der körperlichen Selbstwahrnehmung baut sich im Laufe der Kindheit erst allmählich auf. Sensible und sensorische Empfindungen werden kulturspezifisch auf immer höheren Stufen des Selbstbildes integriert. Dabei gewinnt das Ich allmählich die Oberhand über den Körper als Objekt. Es entsteht eine komplexe Ich-Körper-Integration (69). Der Körper wird als "Körperschema" zur psychischen Repräsentanz (30). Ein ganzheitliches Bild des eigenen Körpers entsteht. Dieses Körperschema wird durch die Operation - im wahrsten Sinne des Wortes - "einschneidend" verletzt. Nach Kolb erfährt der Patient diese Deformation des gewohnten Körperschemas als Deformation des Selbst (55). Diese narzisstische Kränkung kann die Angst vor einer Desintegration des Selbst auslösen. Wie beim Verlust eines nahestehenden Menschen, muß beim Verlust eines Organs Trauerarbeit geleistet werden. Dies muß in aktiver Emanzipation von der Bindung an das Verlorengegangene geschehen (67).

Gelingt die Trauerarbeit, kann sich der Patient auf sein verändertes Körperbild umorientieren und dieses als Gleichwertiges akzeptieren.

Zum Verlust eines Organs gesellt sich bei den Stomapatienten jedoch auch der Verlust der analen Sphinkterkontrolle. Die Beherrschung der in der analen Phase erlangten Stuhlausscheidung geht zuerst einmal wieder verloren. "Auf der Ebene unbewußter Phantasien wiederholt sich die frühkindliche Phase der Reinlichkeitserziehung in erneutem Stuhltraining" (60). Für die Anus praeter Patienten stellt der Sphinkterkontrollverlust somit gleichzeitig einen Autonomieverlust dar. Nicht mehr sie selbst entscheiden darüber, ob sie ihren Stuhl hergeben oder nicht, es passiert einfach. Der Verlust der kontrollierten Darmausscheidung wird als eigenes Versagen gewertet, es entsteht ein Gefühl persönlicher Schuld. Unterstützt werden diese Schuldgefühle durch das unkontrollierte Entweichen von Gerüchen und Geräuschen, auf die die Gesellschaft häufig mit Ekel reagiert. Dieses "Anders - sein" als andere Menschen wird nicht selten als Ausgestoßensein empfunden und mit psychischer Symptomatik beantwortet (51).

Je nach Art der Grunderkrankung wird der Anlage eines Anus praeter unterschiedlich gegenüber getreten. Morbus Crohn und Colitis ulcerosa Patienten haben bis zur Operation meist einen jahrelangen Leidensweg hinter sich. Gegenüber den Schmerzen und den zum Teil extrem hohen Stuhlfrequenzen erscheinen die sich aus dem Anus praeter ergebenden Schwierigkeiten für sie akzeptabel. Wenn man erlebt, wie die Betroffenen von dem Joch der Krankheit befreit sind und trotz ihrer unverkennbaren Behinderung aufblühen, versöhnt dies wenigstens teilweise mit diesem Krankheitsschicksal (106). Für die Morbus Crohn Patienten gilt dies leider nur mit Einschränkungen. Rezidive sind bei ihnen auch nach der Operation noch häufig zu beobachten.

Für die Patienten mit familiärer Polyposis und Rektum-Karzinom ist die Ausgangssituation völlig anders. Bis zum Zeitpunkt der Diagnosestellung hatten sie zumeist nur geringe Beschwerden. Aus einer reinen Verstandesentscheidung heraus, ohne körperlichen Leidensdruck, müssen sie sich für eine weitreichende Operation entscheiden. Während die Patienten mit familiärer Polyposis - wurde rechtzeitig operiert - durch die Operation in fast 100 % der Fälle geheilt werden, schwebt über den Krebspatienten noch das Damoklesschwert von Rezidiv und Metastase.

Über die durch die Grundkrankheit geprägte unterschiedliche Ausgangslage hinaus, steht jeder Patient mit seiner ganz individuellen Persönlichkeit der Operation gegenüber. Wie sich später zeigen wird, nimmt diese persönliche Lebensgeschichte des Einzelnen entscheidenden Einfluß auf die Verarbeitung der Operation.

.

2. Angewandte Methoden

Alle Daten wurden anhand eines auf dem Postweg verschickten Fragebogens erhoben. Zusätzlich zu den Fragebögen waren

2 Begleitbriefe beigelegt (siehe Anhang).

Der eine Brief trug als Absender: Psychosomatische Beratungsstelle der Medizinischen Poliklinik der Universität München. Er erklärte den Zweck unserer Untersuchung.

Der andere Brief stammte von der Deutschen ILCO und erläuterte, daß die Deutsche ILCO diese Untersuchung befürwortete und bat ihre Mitglieder, unsere Untersuchung durch das Ausfüllen der Fragebögen zu unterstützen.

Auf der letzten Seite des Fragebogens war ein leeres Blatt Papier angeheftet. Den Patienten sollte hier die Möglichkeit gegeben werden, zusätzliche Angaben zu machen, die für sie von besonderer Bedeutung sind.

2.1 Der Fragebogen (siehe Anhang S. 146-158)

Der Fragebogen besteht aus folgenden Teilen:

- allgemeine Fragen zur Person und zur Art der Operation.
(Fragen 1-11, 23-26)
- Fragen zur präoperativen Aufklärung. (Fragen 12-21, 30, 33)
- Fragen zur postoperativen Betreuung. (Fragen 27, 31, 32, 35)
- Fragen zur Situation der Patienten nach der Operation und zu ihrer Anpassungsfähigkeit an das Leben mit dem Anus praeter. (Fragen 38-87)
- Fragen zur medikamentösen Begleittherapie und zu Tabak- und Alkoholkonsum. (Fragen 88, 89, 92, 93)
- Fragen zu spezifischen Stomakomplikationen und neuen bzw. seit der Operation verstärkt aufgetretenen Beschwerden.
(Fragen 90, 91, 94)
- der sogenannten Münchner Beschwerdeliste. (Fragen 95-142, 154-201)
- dem sogenannten Gießentest. (Fragen 213-252)

Die Münchner Beschwerdenliste und der Gießentest sollen im folgenden näher erklärt werden.

2.2 Münchner Beschwerdenliste

Die Münchner Beschwerdenliste stellt eine Fortentwicklung der 1969 in der Hamburger Poliklinik entstandenen Hamburg-Heidelberg-Münchner Beschwerdenliste dar (HHM-Beschwerdenliste, 113) D. v. Zerssen (112), der schon den HHM entwickelt hatte, gab 1975 schließlich die auch von uns in dieser Untersuchung verwendete Endfassung der Münchner Beschwerdenliste heraus.

Es handelt sich dabei um einen Fragebogen-Test zur quantitativen Abschätzung subjektiver Beeinträchtigungen durch körperliche und Allgemeinbeschwerden. Aus den einzelnen Test-Items läßt sich ein Summen-Score berechnen, für den Normwerte aus der Durchschnittsbevölkerung vorliegen.

Der Test sagt jedoch nur etwas darüber aus, wie weit sich ein Proband durch körperliche Beschwerden beeinträchtigt fühlt, ohne Aufschluß über die nosologische Faktoren zu geben.

Für unsere Untersuchung wurde die Beschwerdenliste deshalb zweimal vorgelegt (siehe Anhang Fragebogen S. 157)

Das eine Mal wurden die Beschwerden kurz vor der Operation erfragt, das andere Mal die momentanen Beschwerden.

Die Beschwerdenliste selbst besteht aus 2 Teilen mit jeweils 24 Items, der sogenannten "B-L" und der B-L`".

Zusätzlich wurde eine nicht standardisierte Liste mit ebenfalls 24 Items verwendet.

13 davon speziell seelische Belange betreffende

Items von BL und BL' (Fragen Nr. 10, 11, 14, 16, 19, 20, 30, 35, 38, 40, 43, 46, 47 (8. Münchner Beschwerdenliste (112))). und die zusätzlichen Items: Einsamkeit, großes Mißtrauen, Unselbständigkeit und Abhängigkeit, Unfähigkeit rational zu denken, Gefühlslosigkeit, Niedergeschlagenheit, Angst vor dem Alleinsein, unbegründete Furcht vor bestimmten Dingen, innere Leere, Minderwertigkeitsgefühle und Schuldgefühle (Nr. 143-153 aus Fragebogen S. 157). Diese Liste wird im folgenden als B(seelisch) bezeichnet werden.

Die Items von B(seelisch) genügen zwar nicht den statistischen Kriterien, können aber aufgrund ihres Inhaltes weitere Informationen über das seelische Wohlbefinden der Patienten vor bzw. nach der Operation geben.

Bei der Auswertung wurden über jeder der 3 Listen Scores gebildet. Starke Beschwerden wurden mit 3 Punkten, mäßige mit 2 Punkten und kaum spürbare mit einem Punkt bewertet. Pro Liste können zwischen 0-72 Punkte erreicht werden. 0 Punkte entspräche völlige Beschwerdefreiheit, 72 maximal starke Beschwerden über alle Items.

2.3 Der Gießen-Test

Der Gießen-Test wurde 1968 in seiner endgültigen Form vorgestellt. Er ist ein Testverfahren zur Messung von Persönlichkeitsmerkmalen mit schwerpunktmäßiger Akzentuierung psychosozialer Aspekte. Die Mehrzahl der Items spricht den Probanden auf seine Beziehung zu anderen Menschen an. (4)

Der Fragebogen umfaßt 40 Items und kann in 3 Variationen zur Anwendung kommen. Man kann ausgehen vom Selbstbild des Probanden, vom Vergleich zwischen Selbstbild und Fremdeinschätzung durch andere Personen und vom Vergleich von Selbstbild mit dem Idealselbstbild des Probanden.

In unserer Untersuchung haben wir uns mit der Frage nach dem Selbstbild begnügt, da wir vor allem die Interaktion der Anus praeter Träger mit ihrer Umwelt untersuchen wollten. Ausserdem wurde auf die Auswertung einzelner Items verzichtet. Dieses Vorgehen stimmt überein mit den von Beckmann und Richter angegebenen Anwendungsmöglichkeiten (4).

Von den 40 Items hatten Beckmann und Richter 36 Items faktorenanalytisch zu 6 Skalen jeweils unter einem Oberbegriff zusammengefaßt.

Nach einem Auswertungsschlüssel werden die einzelnen Items mit 1-7 Punkten bewertet und die Punktsommen gebildet, woraus sich 6 Skalenrohwerte ergeben. Diese können nach einer Tabelle in sogenannte T-Werte umgerechnet werden, wobei der Mittelwert der Eichstichprobe aus der Normalbevölkerung dem T-Wert von 50 bei einer Standardabweichung von 10 entspricht.

Wir haben die Summenprofile der 6 Skalen bestimmt und nach Diagnose getrennt ausgewertet. Die erhaltenen Werte wurden

dann untereinander und mit den von Beckmann und Richter angegebenen Normwerten einer unausgelesenen Normalpopulation verglichen.

Im folgenden sollen die Skalen kurz erläutert werden:

Skala 1: Soziale Resonanz

In dieser Skala geht es vorzugsweise darum, wie der Patient seine Wirkung auf die Umwelt einschätzt. Glaubt er gut oder schlecht bei anderen Menschen anzukommen?

Wird er in der sozialen Interaktion narzißtisch gratifiziert oder frustriert?

Negative soziale Resonanz, entsprechend niedrige Werte in der Skala 1 bedeuten dann, daß sich der Patient als unattraktiv (I 37), unbeliebt (J 16), von der Umwelt mißachtet (J 23), in seiner Arbeitsleistung kritisiert (J 9) und nicht durchsetzungsfähig einstuft. Dementsprechend achtet er auch wenig auf sein Äußeres.

Höhere Werte auf der Skala 1 sprechen für eine Positive soziale Resonanz, die der Proband bei seiner Umwelt hervorzurufen glaubt. Er hält sich für anziehend, beliebt, geachtet in der Arbeit durchsetzungsfähig und ist an einem attraktiven Äußeren interessiert.

Skala 2: Dominanz

Stellt man sich zwei Personen an den jeweiligen Endpunkten dieser Skala vor, so findet man in nahezu klassischer Reinheit das typische autoritäre Rollenverhältnis in wechselseitiger Bedingtheit vor. Triebpsychologisch gesehen kommen vor allem anale Züge sadomasochistischer Prägung zur Darstellung.

Der als dominant zu kennzeichnende Proband neigt dazu, "inneren Konfliktdruck eher in impulsiver Weise an dominierten Partnern abzureagieren"(4).

Er ist ungeduldig (I 1), legt es eher darauf an, andere zu lenken (I 3), gerät häufig in Auseinandersetzung mit anderen Menschen (I 22), benimmt sich eher eigensinnig (I 31) und glaubt, sehr gute schauspielerische Fähigkeiten zu haben (I 35) Umgekehrt der "Gefügige": er klammert sich an das "starke Ich" des Partners und nimmt selber die Untertanenhaltung ein (4). Diese Patienten weichen Konflikten aus, sind kooperativ und geduldig, wollen gelenkt werden, sind fügsam und halten sich für schlechte Schauspieler.

Skala 3: Kontrolle

In dieser Skala geht es weniger um die Interaktion mit anderen Menschen, als um den intrapsychischen Individualbereich. Die Beziehung zwischen dem Es und den Kontrollmechanismen des Über-Ichs stehen hier im Vordergrund. Die beiden Pole zwischen denen sich die Skala erstreckt sind der triebhafte und der zwanghafte Charakter.

Der Unterkontrollierte der linken Skalenseite ist unbegabt im Umgang mit Geld (I 13), unordentlich (I 26), bequem (I 24), großzügig im Umgang mit der Wahrheit (I 18), unstetig (I 38) und besitzt die Fähigkeit zum Ausgelassensein.

Der zwanghafte Charakter dagegen ist durch kontrollierten Umgang mit Geld, Überordentlichkeit, Übereifrigkeit, eher wahrheitsfanatischen Zügen, Stetigkeit und Unfähigkeit zum Ausgelassensein gekennzeichnet.

Skala 4: Grundstimmung

Diese Skala zeichnet ein Bild über die Grundstimmung der Personen. Der ausgelassene Hypomaniker mit niedrigen Skalenwerten steht dem Depressiven mit hohen Skalenwerten gegenüber.

Die depressive Haltung zeigt sich durch häufiges Bedrücktsein (I 14), langes Grübeln über sich selbst (I 5), überstarke Selbstkritik (I 29), Hineinfressen ihres Ärgers (I 6),

überstarke Ängstlichkeit (I 8) und starke Abhängigkeit von äußeren Lebensbedingungen (I 4).

Hypomaniker hingegen sind selten bedrückt, machen sich kaum Selbstvorwürfe, reagieren sich ab und sind wenig ängstlich.

Skala 5: Durchlässigkeit

In dieser Skala kommen "fundamentale Qualitäten des Kontakt-erlebens und des Kontaktverhaltens zum tragen" (4). Es geht um frühkindliche Entwicklungsstufen: die frühe orale und anale Phase. Laut Erikson wird ja in der oralen Phase das Urvertrauen bzw. Urmißtrauen ausgebildet, in der analen Phase Autonomie bzw. Scham und Zweifel (28).

Der retentive Charakter stuft sich verschloßen (I 19), mißtrauisch (I 10), in der Liebe wenig erlebnisfähig (I 34), anderen fern (I 25), eher wenig preisgebend (I 15) ein und hält seine Liebesbedürfnisse eher zurück (I 11).

Durchlässige Personen mit hohen Skalenwerten sind dagegen aufgeschloßen, vertrauensselig, fühlen sich anderen nahe und sind intensiv in der Liebe erlebnisfähig.

Skala 6: Soziale Potenz

Potenz im Sinne dieser Skala ist hier als psychoanalytischer Begriff aufzufassen. Mit der "potenten Persönlichkeit" ist die reife genitale Persönlichkeit gemeint. Das Attribut sozial deutet an, daß diese Reife sich nur in der zwischenmenschlichen Beziehung entfalten kann.

Der sozial Potente mit niedrigen Skalenwerten ist gesellig (I 2), phantasievoll (I 26), im sexuellen Kontakt unbefangen (I 40), sehr hingabefähig (I 30), in der Lage dauerhafte Bindungen einzugehen (I 17) und daran interessiert, mit anderen zu konkurrieren (I 7).

Sozial Impotente sind ungesellig, phantasielos, sexuell befangen, wenig hingabe- und bindungsfähig und meiden Konkurrenz.

2.4. Auswertungsmodus der Fragebögen

Die angekreuzten Antworten auf den Fragebögen wurden in ein computerlesbares Schema übersetzt und im Rechenzentrum der Universitätsklinik Großhadern bei München auf einer sogenannten "floppy disk" gespeichert und später in Rechenanlage eingelesen.

Da von den Computer Terminals in Großhadern eine Verbindung zum Leibnitz Rechenzentrum besteht, bot sich ein großes Angebot von Rechenmöglichkeiten. Für die Auswertung wurde das amerikanische BMDP-System verwendet. Dies ist ein von der School of Medicine an der Universität von Californien, Los Angeles herausgegebenes Programmprojekt für multivariante statistische Analyseverfahren. Außer der statistischen Auswertung der Einzelantworten (BMDP-Programm 2D) wurden folgende Transformationen an den Daten vorgenommen. Für jede Antwort, die für eine gute präoperative Aufklärung sprach, wurde ein Punkt vergeben und unter einem Aufklärungsindex subsummiert, bei dem maximal 21 Punkte erreicht werden konnten.

In gleicher Weise wurde bei den Fragen zur postoperativen Betreuung verfahren. Hier konnten maximal 10 Punkte erreicht werden.

Durch diese Indices wurde es möglich, die Aufklärung und Betreuung mit anderen Parametern in Beziehung zu setzen und zu vergleichen.

Um feststellen zu können, ob Gruppenunterschiede (z.B.: Polyposis versus Morbus Crohn Patienten) allein durch Zufall zustande gekommen waren, oder ob diese Unterschiede überzufällig groß waren, wurden sie mit Hilfe des χ^2 -Testes (BMDP-Programm 4F) bzw. des t-Testes (BMDP-Programm 3D) auf Signifikanz geprüft.

Beim χ^2 -Test werden die beiden Stichproben von Alternativen daraufhin untersucht, ob sie als Zufallsstichproben aus einer durch die Randsummen repräsentierten Grundgesamtheit aufgefaßt werden können und als Zufalls- bzw. signifikante Abweichung auffaßbar sind (85).

Der t-Test dient zur Prüfung einer Mittelwertdifferenz bei unabhängigen Stichproben. Dabei wird untersucht, inwieweit sich zwei Gruppen von Probanden in Hinsicht auf ein Merkmal unterscheiden.

Der t-Test ist gegenüber Verletzungen der Varianzhomogenität und der Normalität relativ robust. Die Entscheidungen über die Irrtumswahrscheinlichkeit, die auf Grund dieses Tests getroffen werden, sind somit weitgehend unabhängig von Varianz und Normalverteilung (7).

In unserem Fall wurden z.B. Unterschiede bei den Faktorscores, beim Gießen-Test und anderen mit Hilfe des t-Tests auf Signifikanz geprüft.

Über die Fragen, die sich mit der Situation der Patienten nach der Operation und ihrer Anpassungsfähigkeit an das Leben mit dem Anus praeter beschäftigen, wurde eine Faktorenanalyse gerechnet (BMDP-Programm 4M).

Die Faktorenanalyse ermöglicht die Reduktion eines umfangreichen Datenmaterials auf wenige unabhängige und einfache Faktoren. Überla (100) schreibt dazu: das Hauptziel der Faktorenanalyse ist die Ableitung hypothetischer Größen oder Faktoren aus einer Menge beobachtbarer Variablen. Die Faktorenanalyse ist also eine ordnende und hypothesenbildende Methode. Aus einer Analyse einer Korrelationsmatrix erhält man hypothetische Größen, die sogenannten Faktoren, die bestimmte Beziehungen zu den Variablen aufweisen. Die Faktoren sind nicht meßbare Einflußgrößen, die

im Hintergrund stehen und erst durch die Analyse ermittelt werden. Entscheidend ist, daß die Faktorenanalyse eine differenzierte Hypothese über die Struktur des Zueinanders der Variablen und Faktoren möglich macht, ohne daß man vorher eine bestimmte Struktur annehmen oder bereits kennen muß.

Bei unserer Studie sollte ermittelt werden, ob sich verschiedene Typen der Anus praeter Bewältigung herauskristallisieren lassen (siehe 4.Faktorenanalyse).

Bei den Fragen, die sich mit neuen und verstärkt nach der Operation aufgetretenen Beschwerden befassen, wurden Summen gebildet, die 3 neue Variablen entstehen ließen:

- die Anzahl der neuen Beschwerden innerhalb eines Jahres nach der Operation,
- die Anzahl der neuen Beschwerden, die später als ein Jahr nach der Operation auftraten,
- die Anzahl der Beschwerden, die schon vor der Operation vorhanden waren, aber nachher verstärkt hervortraten.

2.5 Methodenkritik

An dieser Stelle sollen einige Aspekte der bei unserer Untersuchung angewandten Methoden kritisch beleuchtet werden. Es handelt sich dabei um folgende, die Aussagekraft dieser Studie beeinflussende Faktoren:

1. Alle Daten wurden mittels postalisch versandten Fragebögen erhoben. Das bedeutet, es besteht keine Kontrolle darüber, wer und unter welcher Einflußnahme diese Fragebögen ausgefüllt hat.
2. Ein Fragebogen ist zwar ein relativ objektives Untersuchungsinstrument, er hat jedoch aufgrund der starr vorgegebenen Antworten nicht die Möglichkeit, auf individuelle Unterschiede der Patienten einzugehen. Gerade diese individuellen Unterschiede spielen jedoch bei seelischen Reaktionsweisen eine große Rolle. Ergänzende tiefenpsychologische Interviews wären von daher wünschenswert gewesen, bei einer so hohen Patientenzahl jedoch nicht durchführbar gewesen.
3. Nicht alle angeschriebenen Patienten antworteten auf die Fragebogenaktion (siehe 3.2. Rücklauf). Es wäre vorstellbar, daß damit eine Selektion getroffen wurde, die sich auch in der psychischen Konstellation der Patienten niederschlägt.
4. Da nur Patienten, die Mitglied der Deutschen ILCO sind angeschrieben wurden, wurde in gewisser Weise ein selektioniertes Kollektiv angesprochen. Unsere Ergebnisse können insofern nicht auf alle Stomaträger anwendbar sein.
5. Wie aus den Zahlenverhältnissen ersichtlich, waren nur deutlich weniger Patienten mit der familiären Polyposis

erreichbar (siehe 3.2. Rücklauf). Dies spiegelt zum einen die geringe Morbiditätsrate dieser Krankheit wider. Hinzu kommt, wie eingangs bereits erwähnt (siehe 1.3. Fam. Polyposis coli), daß bei vielen Patienten mit der fam. Polyposis coli heute kontinenzerhaltende Techniken der radikalen Proktokolektomie mit Anlage eines Ileostomas vorgezogen werden (37).

Unterschiede gegenüber anderen Patientengruppen konnten aufgrund der geringen Fallzahlen also erst bei äußerst starken Differenzen gegenüber anderen Patientengruppen als signifikant bewertet werden. Bei einer größeren Anzahl von Polyposis Patienten wäre eine komplexere Darstellung der typischen Eigenschaften dieser Patientengruppe möglich gewesen.

6. Leibig, Wilke und Feireis (64) betonen, daß die psychische Grundstruktur von Colitis ulcerosa und Morbus Crohn Patienten nur zum Zeitpunkt der Remissionsphase beurteilt werden dürfte, da der akute Krankheitsschub zu psychischen Überlagerungen führt, die nicht pathognomonisch für die eigentliche Persönlichkeitsstruktur sind. Da unsere Patienten nicht untersucht wurden, läßt sich nicht feststellen, in welchem Krankheitsstadium sich diese Patienten zum Zeitpunkt der Erhebung befanden. Daß unsere Patienten während der akuten Krankheitsphase befragt wurden, läßt sich also speziell für die Morbus Crohn Patienten nicht ausschließen.

Die aufgeführten Kritikpunkte zeigen Schwachstellen der statistischen Aussagekraft unserer Studie auf. Andererseits darf nicht vergessen werden, daß mittels der Fragebogenaktion eine sehr hohe Anzahl von Patienten erreicht werden konnte. Die Ergebnisse dieser Studie können somit zumindest richtungsweisend verstanden werden. Anhand weiterer Studien wird es in Zukunft wahrscheinlich möglich sein, ein noch

detaillierteres Bild von den Faktoren zu bekommen, die den postoperativen Verlauf von Anus praeter Trägern bestimmen.

Diese Studie hat bereits gezeigt, daß es nicht nur technische Versorgungsprobleme oder somatische Beschwerden sind, die Einfluß auf das Wohlergehen der Stomapatienten haben, sondern auch psychosoziale Aspekte, auf die bislang zuwenig Rücksicht genommen wird.

3. Beschreibung des Patientenguts

3.1. Auswahl des Patientenguts

Zur Erhebung der Daten, wurden auf dem Postweg die Fragebögen mit einem beiliegendem adressierten und frankierten Rückkuvert verschickt. Es wurden sämtliche, der bei der Deutschen Ilco registrierten Anus praeter Träger mit der Diagnose Morbus Crohn bzw. familiäre Polyposis coli angeschrieben.

Im Frühjahr 1984 waren dies 135 Patienten mit der Grundkrankheit M. Crohn und 38 Patienten mit der familiären Polyposis.

3.2. Rücklauf

Die Rücklaufquote gestaltete sich folgendermaßen:

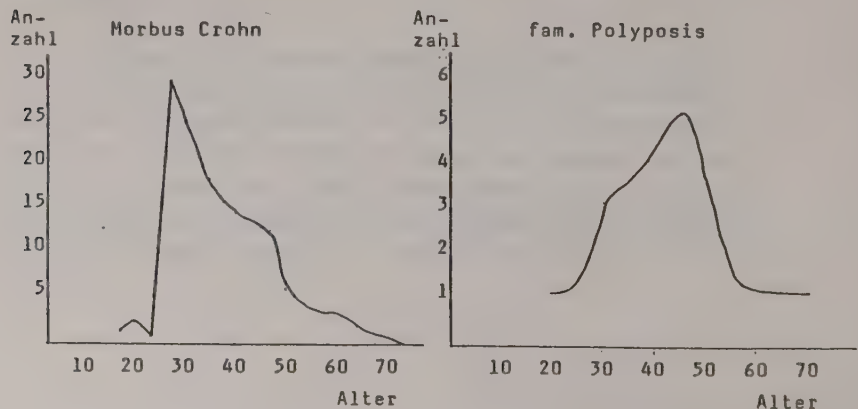
Tabelle 1:

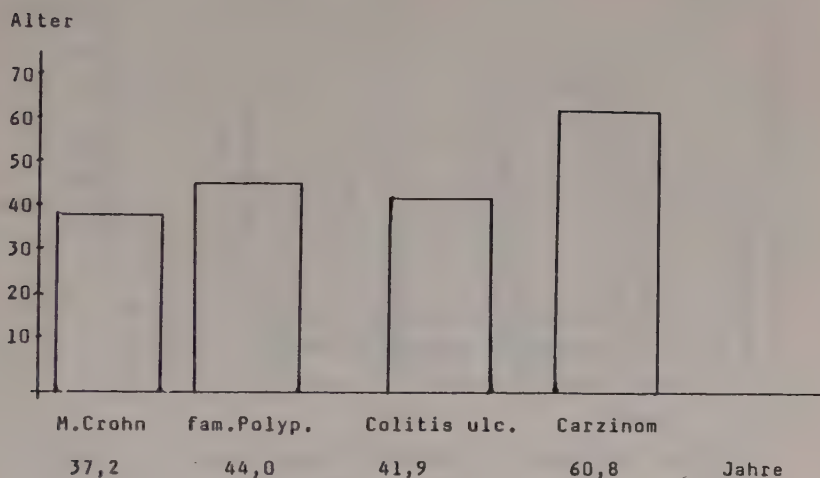
	M. Crohn	fam. Polyposis
Angeschriebene Anus praeter Träger N=173	N=135 78,0%	N=38 22,0%
Rücklauf N=106	N=83 61,5%	N=23 60,5%
	61,3%	

Von den 23 zurückerhaltenen Fragebögen der Polyposis Gruppe, waren 2 Fragebögen so mangelhaft ausgefüllt, daß die Fallzahl der Polyposis-Patienten in der Studie teilweise nur mit 21 Patienten vertreten sein wird.

3.3 Altersverteilung

Graphik 1:



Graphik 2: Durchschnittsalter

Da sich der Morbus Crohn oft schon im jugendlichen Alter manifestiert und häufig frühzeitig zur Operation zwingt, verwundert das junge Durchschnittsalter der Morb. Crohn Patienten nicht.

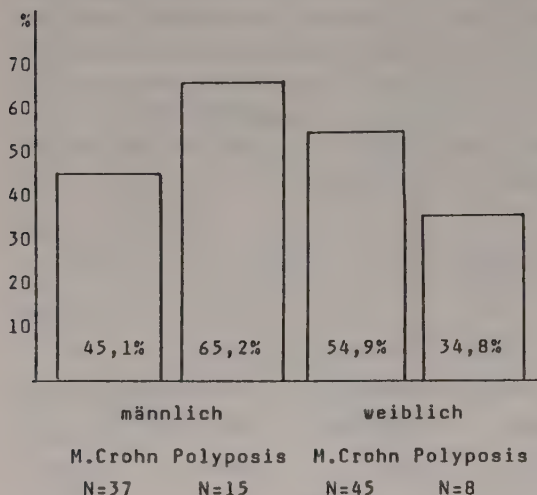
59,8% der Untersuchten waren jünger als 36 Jahre.

Bei der familiären Polyposis stellten sich die ersten Beschwerden meist im 20.-30. Lebensjahr, mit leichten Durchfällen und einer Zunahme der Stuhlfrequenz ein. Bis zum Aufsuchen eines Arztes und der sich darauf anschließenden Operation verstreichen oftmals einige Jahre.

Dieser Umstand, sowie die heute selten durchgeführte Operationsmethode machen verständlich, daß in unserer Untersuchung vor allem ältere Patienten erfaßt wurden. Nur 34,8% der Untersuchten waren jünger als 36 Jahre.

3.4 Geschlechtsverteilung

Graphik 3:



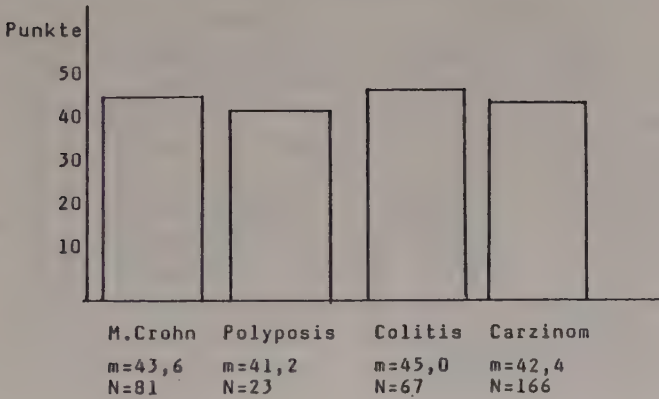
Die ungleiche Geschlechtsverteilung in beiden Patientengruppen muß bei der Unterscheidung der beiden Gruppen mit berücksichtigt werden. Was als krankheitsspezifische Differenz imponiert könnte allein Folge des Geschlechtsunterschiedes sein.

3.5 Sozialdaten

Der Sozialstatus wurde nach der Internationalen Berufs-Prestige Skala von Treiman erhoben. Die Berufe wurden nach repräsentativen Umfragen auf einer Skala von 8-80 in eine Rangfolge gebracht, wobei hohe numerische Werte einem hohen Sozialprestige entsprechen.

Unklassifizierbare Berufe erhielten 40 Punkte, was dem Mittelwert einer Zufallsstichprobe aus der Normalbevölkerung entspricht.

Graphik 4: Sozialstatus - Durchschnittswerte der Gruppen



Graphik 5: Schulbildung

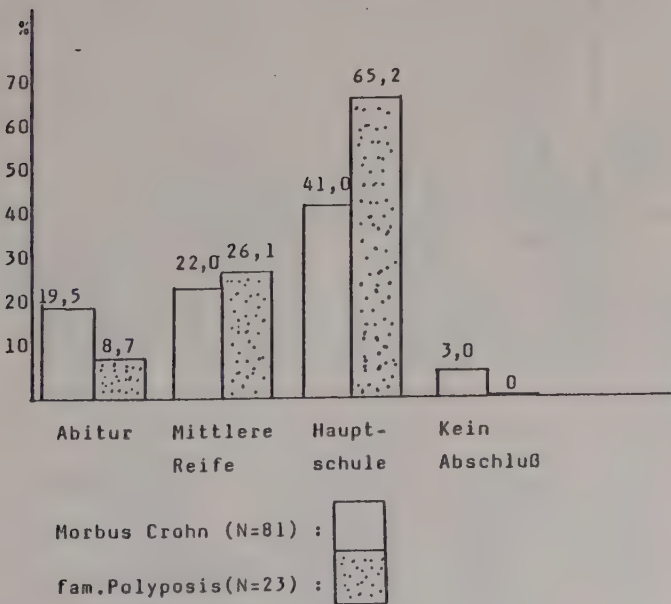
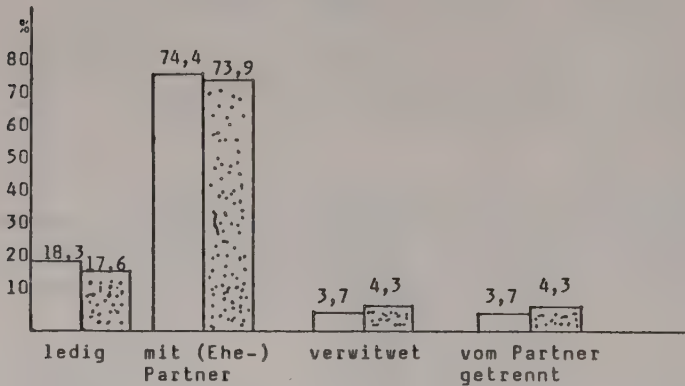


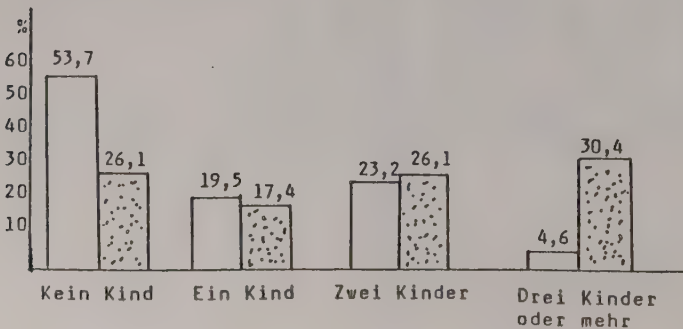
Tabelle 2: Schulbildung nach Geschlechtern getrennt

	Männer		Frauen	
	M.Crohn	Polyposis	M.Crohn	Polyposis
Abitur	24,3%	13,3%	15,6%	0,0%
Mittlere Reife	35,2%	26,7%	20,0%	25,0%
Hauptschule	40,5%	60,0%	57,7%	75,0%
Kein Abschluß	0,0%	0,0%	6,7%	0,0%

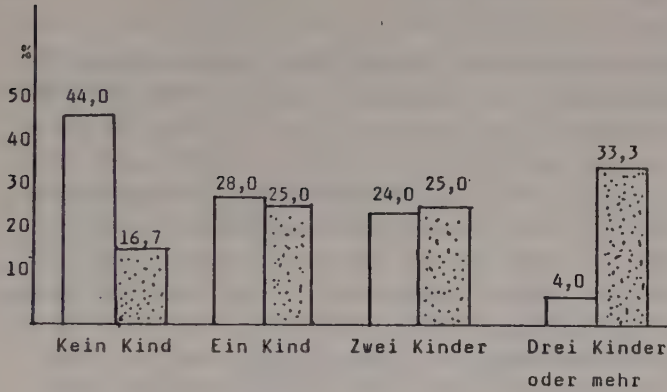
Graphik 6: Familienstand



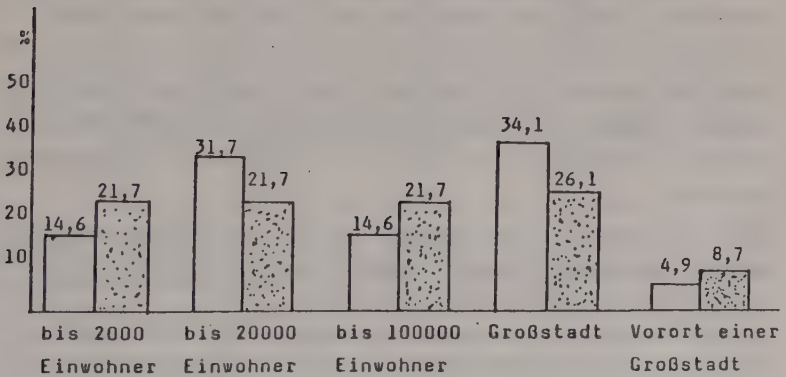
Graphik 7: Kinderzahl



Graphik 8: Kinderzahl mit Altersberücksichtigung
" 35-50 jährige Patienten "



Graphik 9: Wohnort nach Einwohnerzahl gestaffelt



Morbus Crohn (N=81) :



fam.Ppolyposis (N=23) :



Die beiden Patientengruppen zeigten innerhalb ihrer Sozialdaten folgende Unterschiede:

Die Morbus Crohn Patienten wiesen eine durchschnittlich höhere Punktzahl in dem Sozialprestige-Index auf. Das Ausbildungsniveau war bei den Morbus Crohn Patienten deutlich höher, als bei den Polyposis Patienten (siehe Graphik 4 + 5). Dies erstaunt insofern, als die Frauen bei den Morbus Crohn Patienten überwiegen; bei den Polyposis Patienten dagegen die Männer. Der traditionellen Rollenverteilung nach wird den Männern in unserer Gesellschaft ja eher eine qualifizierte Schul- und Berufsausbildung ermöglicht, als den Frauen. Zur genaueren Abklärung der Frage, welche Auswirkung das Geschlecht unserer Patienten auf ihren Bildungsgrad hat, wurde das Item Schulbildung nach männlichen und weiblichen Personen aufgeschlüsselt (siehe Tabelle 2).

Auch hier zeigt sich, daß die Morbus Crohn Patienten einen deutlichen Bildungsvorsprung gegenüber den Polyposis Patienten besitzen (siehe vor allem die Spalte "Abitur" bei Tab.2).

Im Hinblick auf den Familienstand (siehe Graphik 6) waren kaum Unterschiede festzustellen. Ledige, mit dem Partner zusammen Lebende, vom Partner getrennt Lebende und Verwitwete Patienten verteilten sich relativ homogen auf beide Patientengruppen.

Umso erstaunlicher war deshalb, daß die Morbus Crohn Patienten signifikant weniger Kinder hatten, als die Polyposis Patienten. (Irrtumswahrscheinlichkeit $p=0,0052$)

Da die von uns untersuchten Polyposis Patienten durchschnittlich 7 Jahre älter, als die der Morbus Crohn Gruppe sind (siehe Graphik 2), wurde die gleich Altersklasse beider Patientengruppen gegenübergestellt (siehe Graphik 8).

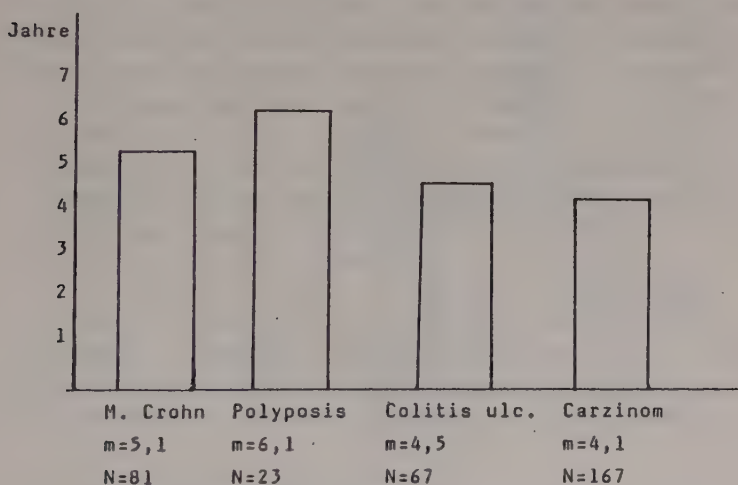
Auch hier zeigte sich wieder das selbe Bild: Morbus Crohn Patienten besitzen weniger Kinder.

Bei der Analyse der Wohnorte fiel auf, daß die Polyposis Patienten beinahe gleichmäßig auf Stadt und Landgebiete verteilt

sind, während die Morbus Crohn Patienten eine Häufung in Gemeinden bis 20000 Einwohner und Großstädten zeigen. Dies ist insofern bemerkenswert, als unser Patienten gut nicht von einer Klinik oder gar Großstadtklinik stammt, sondern über ganz Deutschland verstreut ist. Die einzige Gemeinsamkeit war ja die Mitgliedschaft bei der Deutschen Ilco.

3.6 Zeitlicher Abstand zur Operation

Graphik 10:

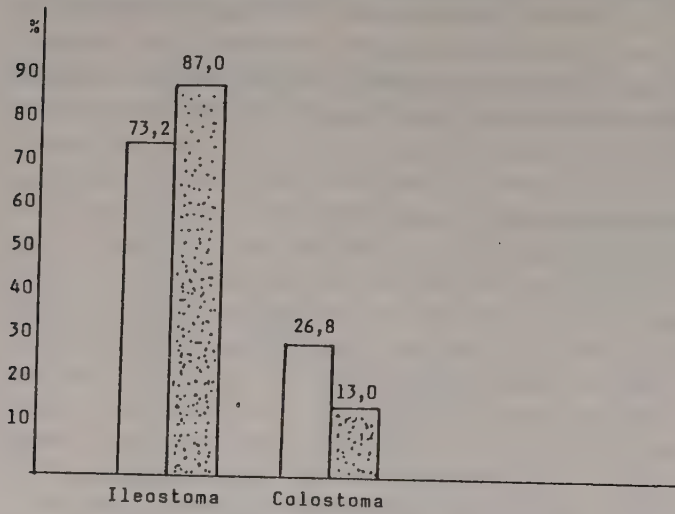


Für die Polyposis Patienten liegt der Zeitpunkt der Operation am weitesten zurück. Auf die dafür zugrunde liegenden Ursachen wurde bereits unter 2.3. eingegangen.

3.7 Art des Stomas

Je nach Ausmaß des befallenen Darmabschnittes entscheidet sich der Chirurg ein Ileostoma bzw. ein Colostoma anzulegen. Die Verhältnisse bei unseren Patienten gibt Tabelle 13 wieder.

Graphik 11: Art des Stomas



Morbus Crohn (N=81) :



fam. Polyposis (N=23) :



4. Ergebnisse

4.1 Faktorenanalyse: Verschiedene Formen im Umgang mit dem Anus praeter

4.1.1 Auswahl der Variablen

In die Faktorenanalyse gingen die Fragen zur Situation der Patienten nach der Operation und zu ihrer Anpassungsfähigkeit an das Leben mit dem Anus praeter ein (siehe Fragen Nr. 40-88 im Anhang). Um die einzelnen Faktoren deutlicher hervortreten zu lassen, ließen wir in diese Faktorenanalyse eine größere Anzahl von Patienten einfließen. Verwendet wurden hierzu die Daten von 234 weiteren Anus praeter Trägern mit den Diagnosen Colitis Ulcerosa (N=67) und Dickdarmkarzinom (N=167). A. Sönnichsen hatte 1986 diese Patienten mit einem sehr ähnlichen Fragebogen untersucht (90). Für die Faktorenanalyse wurden nur Fragen verwendet, die äquivalent in beiden Fragebögen gestellt wurden.

Dies waren 61 Variablen, aus denen der Computer sechs voneinander unabhängige Faktoren extrahieren konnte. Nicht alle Variablen konnten einem Faktor zugeordnet werden und einige Variablen gingen in mehr als einen Faktor ein.

4.1.2 Beschreibung der Faktoren

Faktor I:

In diesem Faktor finden sich diejenigen Antworten wieder, die für den Patienten die gelungene Verarbeitung der mit dem Anus praeter verbundenen Probleme darstellt. Wirsching bezeichnete diese Art der Bewältigung als "Reife Form" (108).

Der Patient setzt sich bewußt mit der Realität auseinander. Es folgen nun die Antworten, die in diesen Faktor eingingen. Wie auch bei den folgenden Faktoren sind sie nach abnehmender Faktorenladung geordnet. In Klammern ist jeweils die Nummer angegeben, unter der sich diese Antwort im Fragebogen wiederfindet:

1. In meiner Freizeit bin ich aktiver als vor der Operation, weil ich mich wieder ganz gesund fühle. (70 b)
2. Die Darmoperation war für mich auf jeden Fall eine positive Wende in meiner Krankengeschichte. (41 c)
3. Ich treibe Sport und fühle mich sogar kräftiger als vor der Operation. (71 a)
4. Ich habe öfters als vor der Operation Intimkontakt mit meinem Partner. (84 a)
5. Die Versorgung des Anus praeter war kein Problem für mich. (59 a)
6. Es ist mir nicht peinlich, wenn andere Leute wissen, daß ich Anus praeter Träger bin. (86 e)
7. Mein wichtigster Lebensinhalt ist, das Leben intensiv zu erleben, gute Partnerschaft mit dem (Ehe-) Partner, bzw. gute zwischenmenschliche Beziehungen. (66 e)
8. Ich spreche mit meinem Partner über sexuelle Probleme, die durch den Anus praeter bedingt sein können. (83 a)
9. Die Beziehung zu meinem (Ehe-) Partner ist inniger als vor der Operation. Wir haben gemeinsam meine Krankheit überwunden und dadurch ein intensives Vertrauensverhältnis aufgebaut. (81 e)
10. Der Preis Anus prater war für die Wiedererlangung der Gesundheit auf jeden Fall ertragbar. (62 c)

Die Operation war für diese Patienten eine positive Wende, sie haben gelernt, ihr Leben sogar intensiver und offener zu genießen. Probleme, die sich durch den Anus praeter ergeben werden nicht verdrängt. Es besteht ein offenes Verhältnis in der Partnerschaft, auch bei sexuellen Problemen wird versucht sie im Gespräch zu lösen.

Faktor 2:

In diesen Faktor gehen Antworten ein, die eine Beziehungsarmut der Patienten widerspiegeln. Wirsching hatte diese Verlaufsform auch in der Heidelberger Studie herauskristallisieren können und bezeichnete sie als "depressiven Rückzug" (108).

Bei uns finden sich die folgenden Antworten in diesem Faktor wieder:

1. Ich werde seltener von Freunden oder Bekannten besucht.
Wer soll mich denn schon besuchen. (76 b)
2. Die Beziehung zu meiner Familie ist schlechter als früher. Ich habe manchmal das Gefühl, nicht mehr für vollwertig gehalten zu werden. (73 d)
3. Ich habe seit der Operation einige Freunde und Bekannte verloren. (77 c)
4. Ich besuche Freunde und Bekannte seltener als früher, mir fehlt dazu der Schwung. (75 b)
5. Ich gehe seltener ins Kino/Theater/Restaurant/Veranstaltungen. Ich bin nicht in der richtigen Stimmung dazu. (80 b)
6. Im Vergleich zu vor der Operation fühle ich mich oft einsam. (78 b)

7. Die Beziehung zu meinem Partner ist abgekühlt. Mein Partner hat für die Probleme mit dem Anus praeter kein Verständnis (81 a).
8. Ich spreche mit meinem Partner nicht über sexuelle Probleme, die durch den Anus praeter bedingt sein könnten. Es ist mir peinlich und hat doch keinen Sinn (83 b).
9. In meiner Freizeit bin ich weniger aktiv. Der Anus praeter lähmt mich. (70 c)
10. Ich treibe keinen Sport, das würde die Versorgung des Stomas erschweren. (71 e)
11. Auch mit allen Hilfsmitteln fühle ich mich bei der Versorgung des Stomas nie sicher. (59 c)
12. Mein wichtigster Lebensinhalt ist zuerst einmal den Anus praeter optimal zu versorgen und dadurch volle Gesundheit zu erlangen. (66 f)

Die Patienten ziehen sich zurück und kapseln sich weitgehend von der Umwelt ab. Die Beziehung zur Familie, zum Partner und zu Freunden scheint durch ihre Unzufriedenheit und das Gefühl der eigenen Minderwertigkeit belastet.

Faktor 3:

In diesem Faktor finden sich Antworten, die eine starke Fixierung auf den Anus praeter widerspiegeln.

1. Ich werde seltener von Freunden und Bekannten besucht. In meinem jetzigen Zustand kann ich keinen Besuch empfangen. (76 c)
2. Es fällt mir schwer zur Zeit noch einen sinnvollen Lebensinhalt zu finden. (66 d)

3. Ich kann seit der Operation nicht mehr verreisen, ich fühle mich noch zu krank dazu. (72 f)
4. Ich muß zur Zeit andauernd an den Anus praeter denken. (63 e)
5. Leider kann ich wegen meiner Krankheit keine intensiven Freundschaften mehr pflegen. (77 e)
6. Seit der Operation ist meine Familie in meinen Gedanken irgendwie in den Hintergrund getreten. (73 e)
7. Es gibt fast keinen Moment, in dem ich nicht an den Anus praeter denke. (61 c)
8. Meine Stimmung ist zur Zeit fast immer niedergeschlagen. (63 a)
9. Auch in meiner Freizeit beschäftigen sich meine Gedanken oft mit dem Anus praeter. (70 e)
10. Ich besuche seltener Freunde und Bekannte, meine Krankheit hindert mich daran. (75 c)
11. Meine Krankheit hindert mich daran, über meinen wichtigsten Lebensinhalt nachzudenken. (66 c)

Bei diesen Patienten scheint sich zwanghaft alles um den Anus praeter zu drehen. Er ist schuld an allem Übel. Wegen ihm scheint das Leben seinen Sinn verloren zu haben. Sozialkontakte und die Beziehung zur Familie sind stark gefährdet.

Faktor 4:

In diesem Faktor finden sich gehäuft Antworten, die eine Verleugnung der tatsächlichen Probleme im Umgang mit dem Anus praeter vermuten lassen. Wirsching et al. bezeichneten diese Form als "überkompensatorische Verleugnungshaltung" (108).

1. Als ich erfuhr, daß ein Anus praeter angelegt werden muß, dachte ich: halb so schlimm, Hauptsache ich werde bald wieder gesund. (38 c)
2. In den ersten zwei Wochen nach der Operation war ich meist zuversichtlich. Ich hatte mich mit dem Anus praeter abgefunden. (40 d)
3. Ich denke fast nie an den Anus praeter. Ich bin viel zu beschäftigt um mir darüber große Gedanken zu machen. (61 a)
4. Der Anus praeter war für die Wiedererlangung der Gesundheit auf jeden Fall tragbar. (62 c)
5. Ich kann verreisen, der Anus praeter hat damit nichts zu tun. (72 a)

Zusätzlich gingen in diesen Faktor noch einige Antworten mit negativen Ladungen ein. Das bedeutet, daß diese Antwortmöglichkeiten von Patienten des Faktor 4 äußerst selten angekreuzt wurden.

Unter Umgehung der Verneinungsform formuliert, ergeben sich folgende Antworten:

6. Meine Stimmung ist äußerst selten niedergeschlagen. (-63a)
7. Ich fühle mich immer sicher im Umgang mit meinem Anus praeter. (-59c)
8. Ich habe überhaupt keine Angst davor, daß andere Menschen Geräusche oder Gerüche von meinem Anus praeter bemerken. (-50a)

Aus dem Anus praeter scheinen sich überhaupt keine Probleme zu ergeben, ja er scheint fast gar nicht registriert zu werden. Es stellt sich die Frage, ob bei diesen Patienten bedrückende Erlebnisse einfach verdrängt werden.

Faktor 5:

In diesen Faktor gehen Antworten ein, die einen depressiv getönten sozialen Rückzug widerspiegeln. Jedoch scheinen diese Patienten noch einen gewissen Halt in ihren gesellschaftlich zugeordneten Rollen finden zu können. Dieser Faktor soll daher die Überschrift "rollenkonformer Rückzug" erhalten.

1. Die Beziehung zu meinen Kollegen ist seit der Operation schlecht. Ich bin kein vollwertiger Mitarbeiter mehr.
(67 d)
2. Ich besuche Freunde und Bekannte seltener als früher
Meine Krankheit hindert mich daran. (75 c)
3. Wozu brauche ich Freunde, ich lebe ja für meine Familie.
(77 d)
4. Zum Reisen fühle ich mich noch zu krank. (72 f)
5. Manchmal vergesse ich den Anus praeter. Durch meine Aufgaben in Haushalt/Beruf werde ich davon abgelenkt.
(61 b)

4.1.3 Korrelierung der Faktoren mit den Beschwerdelisten und dem Gießen-Test

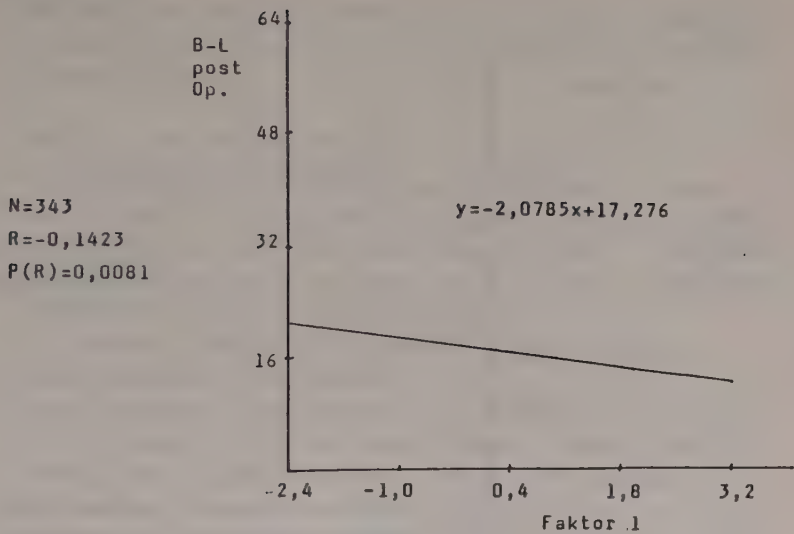
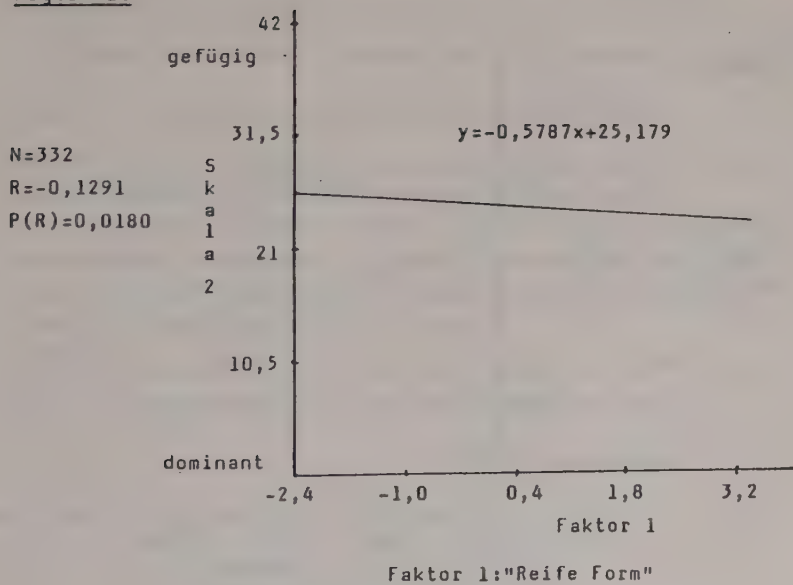
Durch die Korrelation der Faktoren mit den Beschwerdelisten und dem Gießen-Test sollte das eigentliche Wesen der Faktoren noch genauer ausgelotet werden.

Faktor 1: Reife Form

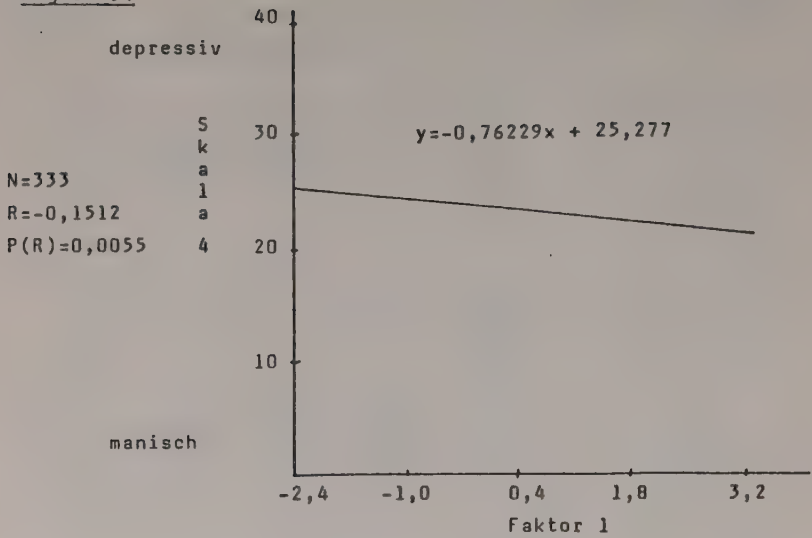
Es zeigte sich, daß die Personen mit hohen Faktor 1-Scores wesentlich weniger unter körperlichen Beschwerden nach der Operation zu leiden hatten, als diejenigen mit niedrigen Scores (siehe Fig. 1). Dies scheint sich auch positiv in der Stimmung niederzuschlagen. Im Gießen-Test auf der Skala 4 (Grundstimmung) liegen ihre Werte eher im hypomanischen Bereich (siehe Fig. 3). Sie fühlen sich seltener bedrückt, eher unabhängig und lassen ihren Ärger heraus. Die Darmoperation war für sie auf jeden Fall eine positive Wende in ihrer Krankengeschichte (Item 2, F1).

Besonders stark war die Korrelation von Faktor 1 und der linken Seite der Skala 6 des Gießen-Tests (Soziale Potenz) (siehe Fig. 4). Diese Menschen sind gesellig, in sexuellem Kontakt unbefangen und zu Dauerbindungen fähig. Solche Aussagen stehen ja auch ganz im Einklang mit den Items 4, 6, 7, 8, 9 von Faktor 1, wo deutlich wird, daß diese Patienten sich mit ihrem Partner offen über Probleme, die sich aus dem Anus praeter ergeben, unterhalten können.

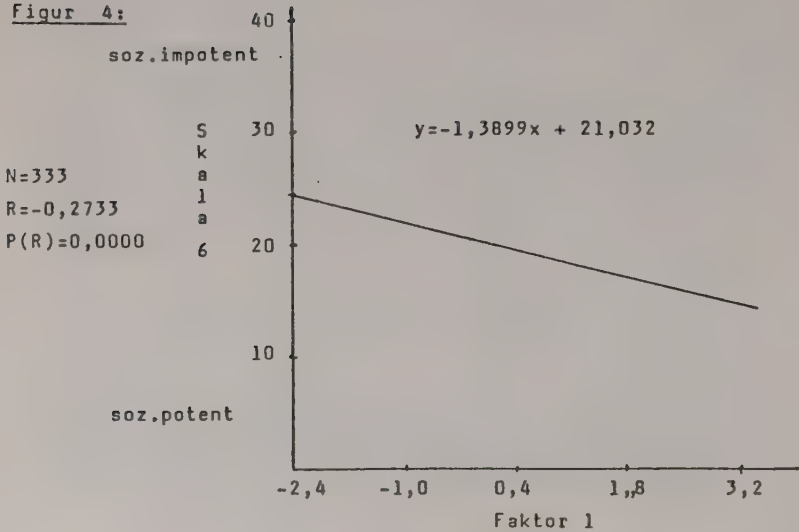
Interessant war die Korrelation mit der linken Seite der Skala 2 (Dominanz) des Gießen-Tests (siehe Fig. 2). Die Werte der Patienten mit hohen Faktor 1-Scores wichen vom Normalwert geringfügig nach links in den Bereich der Dominanz ab. Die Kurzbeschreibung des Gießen-Tests beschreibt diese Personen als eigensinnig und häufiger in Auseinandersetzungen verstrickt. Dies könnte anzeigen,

Figur 1:Figur 2:

Figur 3:



Figur 4:



Faktor 1: "Reife Form"

daß Patienten mit ausgeprägtem Faktor 1 eher zur Aggressionsabfuhr befähigt sind und nicht alles in sich hineinfressen müssen.

Faktor 2: Depressiver Rückzug

Interessanterweise zeigten Patienten mit hohen Ladungen im Faktor 2 nicht nur eine hochsignifikante Zunahme seelischer Beschwerden nach der Operation (siehe Fig. 5).

Bereits vor der Operation gaben sie hohe Werte auf der Liste B (seelisch) an (siehe Fig. 5).

Die Probleme, die vor der Operation bestanden, scheinen sich jetzt noch zu verstärken.

Erwartungsgemäß liegen Patienten mit hohen Faktorladungen auf der rechten Seite der Skala 4 (Grundstimmung) des Gießen-Tests (siehe Fig. 7).

Die Kurzbeschreibung bezeichnet diese Personen als häufig bedrückt, anhängig und ihren Ärger in sich hineinfressend. Im Faktor 2 tritt die Beziehungsarmut und die Isolation dieser Patienten deutlich zutage.

Im Gießen-Test wurden allgemein häufig Extremwerte angekreuzt.

Faktor 3: Zwanghafte Fixierung auf den Anus praeter

Patienten mit hohen Faktor 3 Ladungen zeigen gehäuft körperliche Beschwerden nach der Operation (siehe Fig 8).

Zu klären bleibt jedoch die Frage, ob die körperlichen Beschwerden Ursache oder Folge der Fixierung auf das Stoma ist. Fest steht, daß diese Patienten auch nicht mehr als andere an Stomakomplikationen litten.

Positive Korrelation wird auch bei der rechten Hälfte der Skala 5 (Durchlässigkeit) des Gießen-Tests beobachtet (siehe Fig. 9).

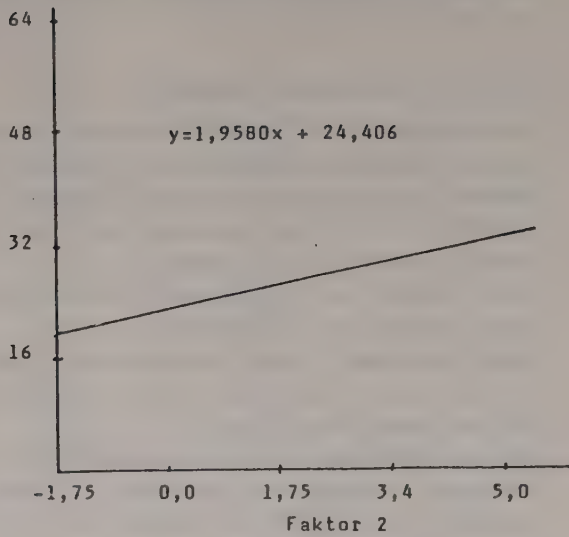
Figur 5:

B-(seelisch)
vor Op.

N=343

R=0,1160

P(R)=0,0312



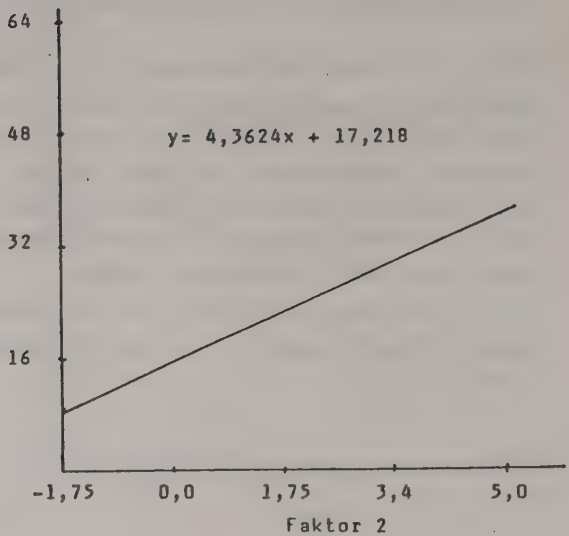
Figur 6:

B-(seelisch)
nach Op.

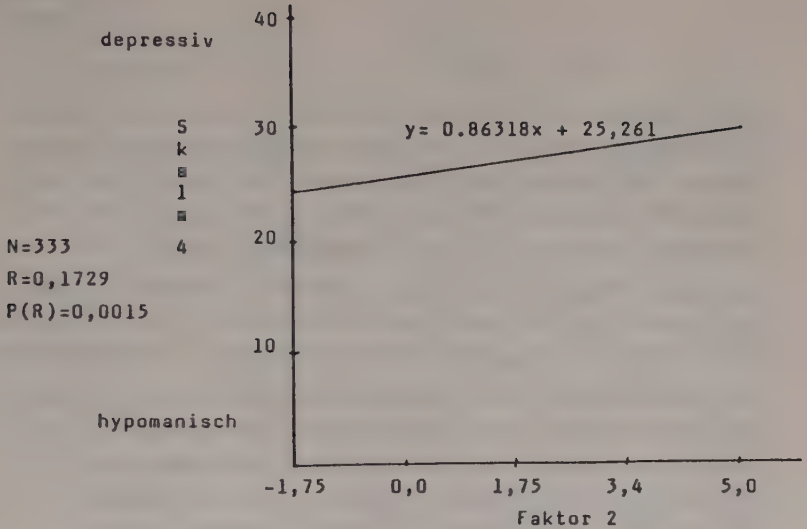
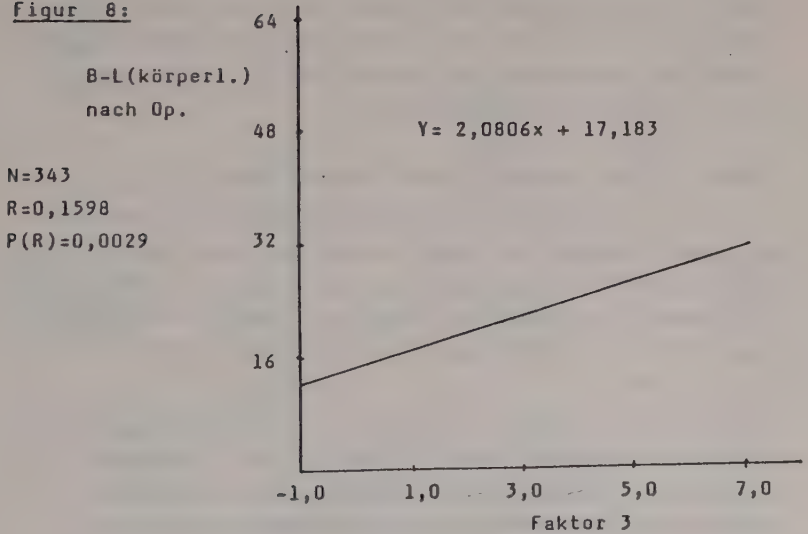
N=343

R=0,3001

P(R)=0,0000



Faktor 2: depressiver Rückzug

Figur 7:Figur 8:

Faktor 3: "Fixierung auf Anus praeter"

Diese Personen zeichnen sich dadurch aus, daß sie verschlossen und mißtrauisch sind und ihre Liebesbedürfnisse zurückhalten. "Sie halten krampfhaft an dem fest, was sie in sich haben. Man bleibt damit zwar isoliert, kann aber auch nicht von außen ausgeleert oder gar kaputtgemacht werden" (4).

Die Zwanghaftigkeit der Faktor 3 Patienten bestätigt sich somit auch durch die positive Korrelation mit dem Gießen-Test. (vergleiche dazu besonders die Faktor 3 - Items 4,7,9,11)

Desweiteren ergeben sich Korrelationen mit Skala 1 (Soziale Resonanz) und Skala 4 (Grundstimmung). (siehe Fig. 10 + 11)
Die Kurzbeschreibung der entsprechenden Seite der Skala gibt an, daß diese Personen glauben, sie seien unattraktiv und unbeliebt. (vgl. Item 1: In meinem jetzigen Zustand kann ich keinen Besuch empfangen)

Auch die Depressivität der rechten Seite der Skala 4 findet sich in Faktor 3. (Item 2: Es fällt mir schwer noch einen sinnvollen Lebensinhalt zu finden, Item 8: Meine Stimmung ist fast immer niedergeschlagen.)

Faktor 4: Überkompensatorische Verleugnungshaltung

Wie beim Faktor 1, der reifen Form, gaben die Patienten mit hohen Ladungen im Faktor 4 wenig seelische Beschwerden und zwar weder vor noch nach der Operation an. (siehe Fig.12+13)
Die Frage, die sich hierbei stellt ist: Geben sie nur keine Beschwerden an, oder geben sie sie vielleicht nicht zu?

Ähnlichkeiten zu Faktor 1 findet sich auch bei Skala 4 (Grundstimmung) des Gießen-Tests. (siehe Fig. 14). Lagen die sogenannten "reifen Persönlichkeiten" jedoch nur knapp unterhalb des Normalwertes im hypomanischen Bereich der

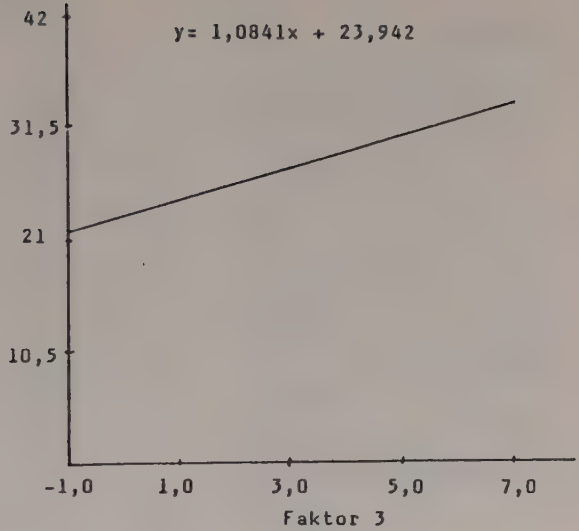
Figur 9:

retentiv

S
k
a
l
a
5

N=333
R=0,1689
P(R)=0,0019

durchlässig

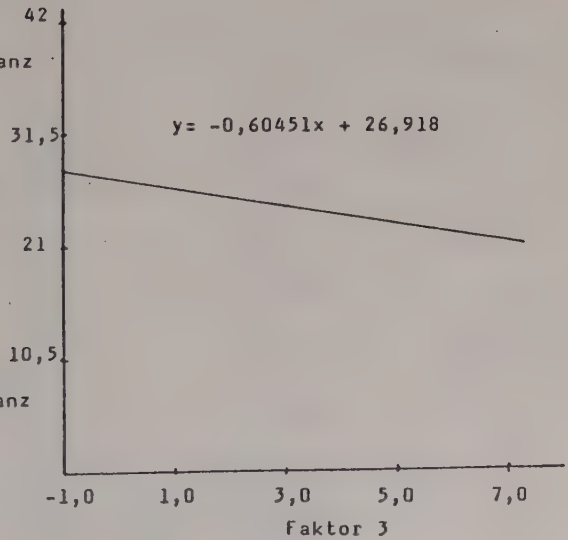
Figur 10:

pos.soz.Resonanz

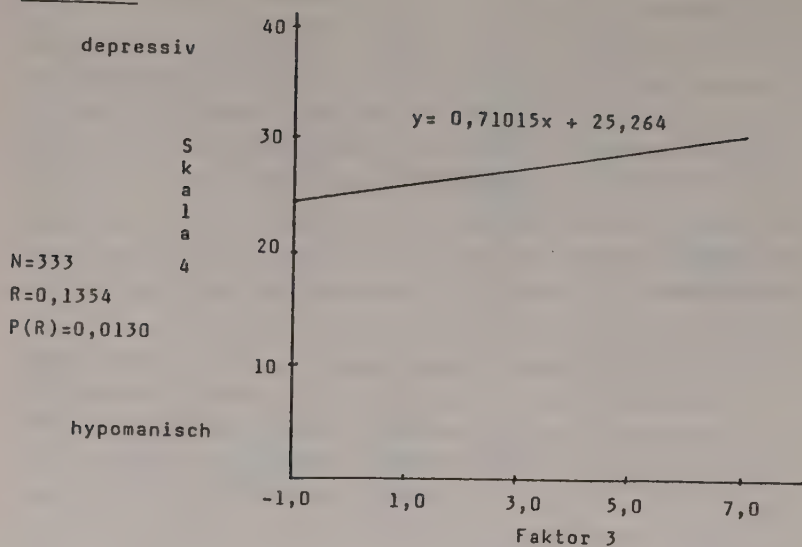
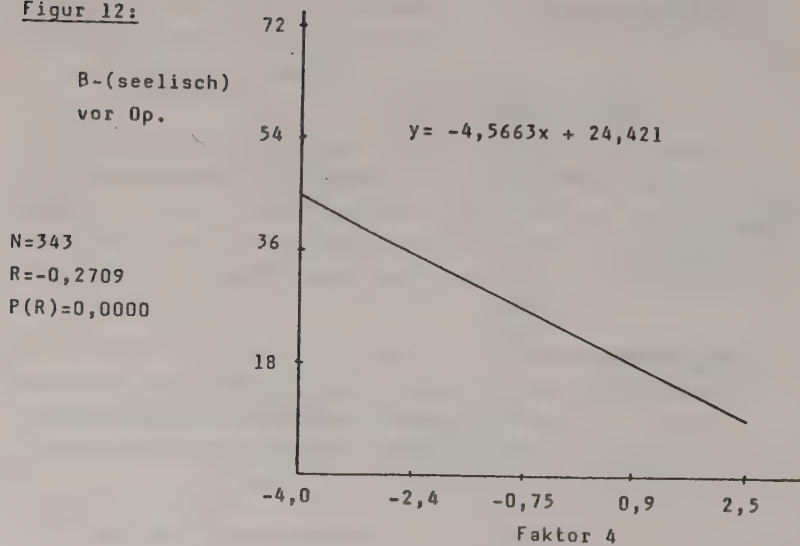
S
k
a
l
a
1

N=333
R=-0,1148
P(R)=0,0356

neg.soz.Resonanz



Faktor 3. "Fixierung auf Anus praeter"

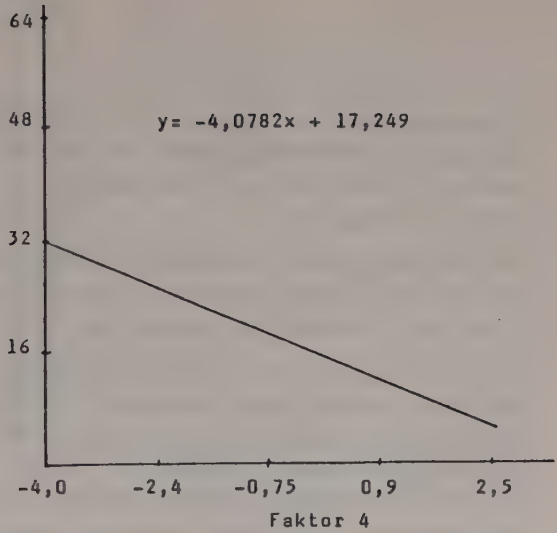
Figur 11:Figur 12:

Faktor 4: "Verleugnung"

Figur 13:

B-(seelisch)
nach Op.

N=343
R=-0,2810
P(R)=0,0000

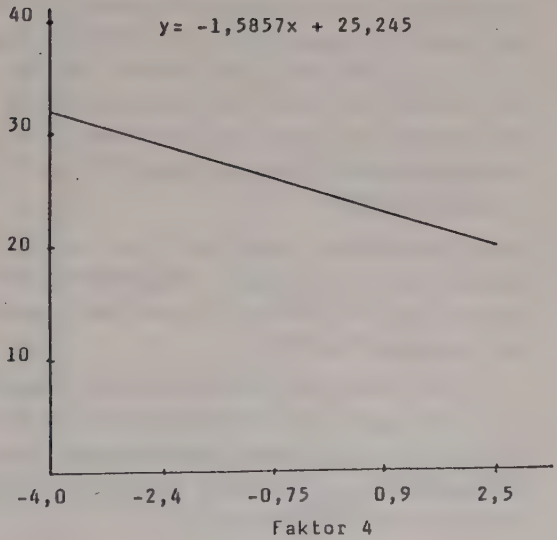
Figur 14:

depressiv

N=333
R=-0,3194
P(R)=0,0000

S
k
a
l
a
4

hypomanisch



Faktor 4: "Verleugnung"

linken Skalenhälfte werden sie von den sogenannten "Verleugnern" meist überflügelt. Sie halten sich für selten bedrückt und wenig zur Selbstkritik oder Selbstreflexion neigend.

Sie stellen sich als Personen dar, die jederzeit Herr der Lage sind. Sie sind viel zu beschäftigt, um sich über "Probleme" Gedanken zu machen. (vgl. Item 1,2,3 S.)

Diese Einstellung wird ebenfalls deutlich, wenn man die weiteren Korrelationen betrachtet, die dieser Faktor zu den Skalen 1 (Soziale Resonanz) und 5 (Durchlässigkeit) aufweist. (siehe Fig. 15+16)

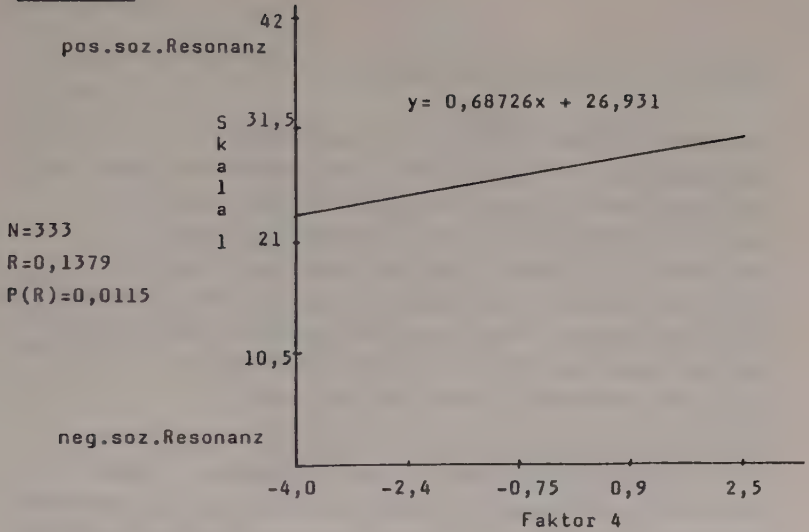
Die Personen mit hohen Faktorladungen im Faktor 4 zeigen Korrelationen zur rechten Seite der Skala 1 auf, d.h. sie glauben positive soziale Resonanz bei ihren Mitmenschen hervorzurufen. Die Kurzbeschreibung des Gießen-Tests sagt zu diesem Personenkreis: "Sie glauben, sie würden anziehend wirken, beliebt sein und geachtet werden"

Der "Verleugner" kann sich offensichtlich nicht vorstellen, irgendwo zu versagen. Tut er es doch, so verdrängt er diese Erlebnisse aus seinem Bewußtsein. (vgl. Items 5,6,7,8 von Faktor 4, Seite)

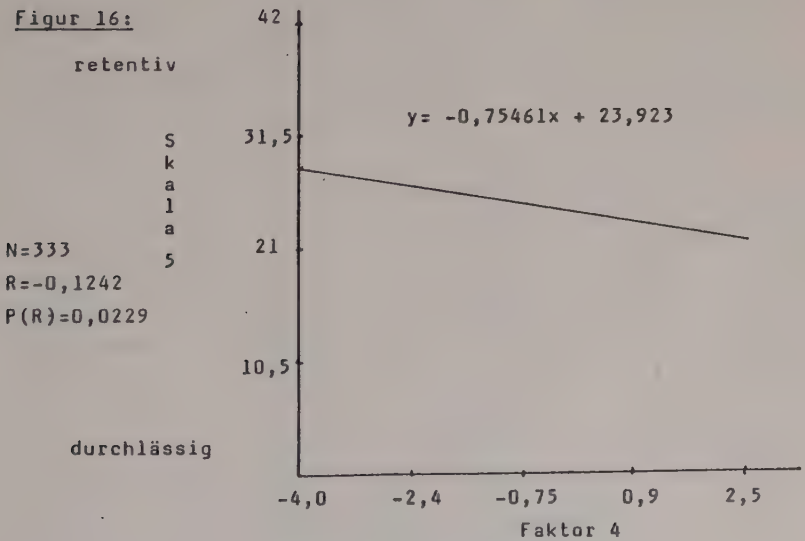
Schließlich zeigt sich noch eine geringe Korrelation zur linken Seite der Skala 5. Die Kurzbeschreibung bezeichnet diese Leute als aufgeschlossen, vertrauensselig und viel von sich preisgebend.

Es würde nicht verwundern, wenn der sogenannte "Verleugner" sich extrovertiert und offen seinen Mitmenschen darstellt. Oftmals verbergen sich hinter dieser Fassade jedoch Abwehrmechanismen, die eine bewußte Auseinandersetzung mit der Realität verhindern.

Figur 15:



Figur 16:



Faktor 4: "Verleugnung"

Faktor 5: Rollenkonformer Rückzug

Patienten mit hohen Scores in diesem Faktor zeigen direkte Korrelationen zu hohen Werten in den Beschwerdelisten B-L und B-seelisch, in denen sie ihre Situation nach der Operation beschreiben sollten (siehe Fig. 17+18).

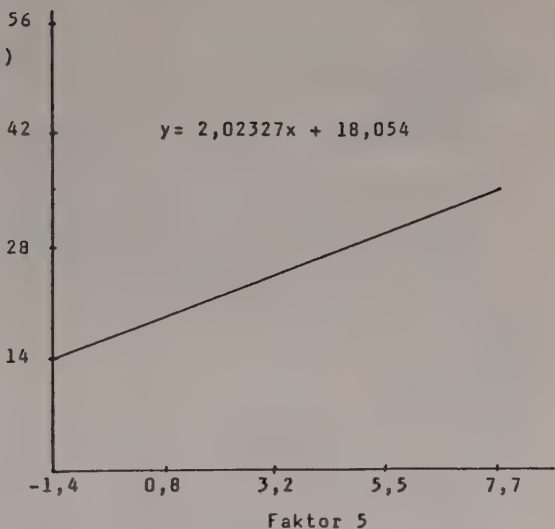
Das heißt, sie geben an nach der Operation verstärkt unter körperlichen und seelischen Beschwerden zu leiden. Es bleibt jedoch offen, ob die Beschwerden zum Rückzug aus der Gesellschaft führen, oder ob dieser Rückzug erst ein psychosomatisches Potential aktiviert.

Diese Patienten zeigen auch eine positive Korrelation zur rechten Seite der Skala 4 des Gießen-Test (Grundstimmung, siehe Fig. 19). Sie fühlen sich häufig bedrückt, neigen zur Selbstreflexion und sind eher aggressionsgehemmt.

Figur 17:

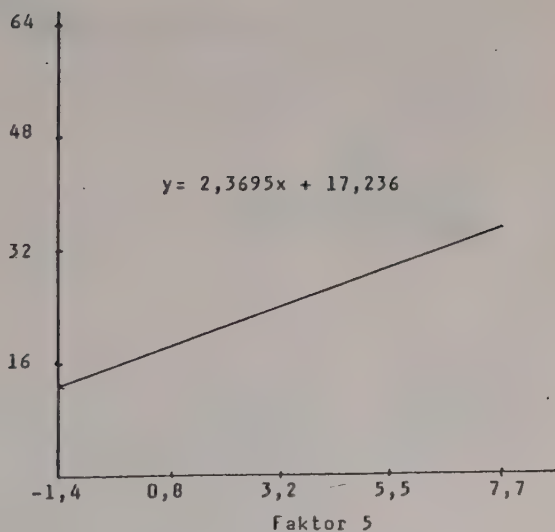
B-L(körperlich)
nach Op.

N=343
R=0,1624
P(R)=0.0024

Figur 18:

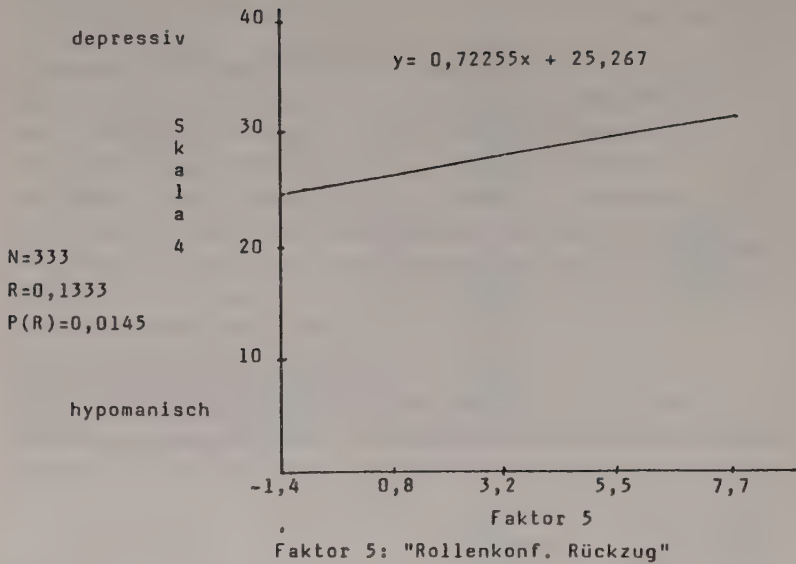
B-(seelisch)
nach Op.

N=343
R=0,1631
P(R)=0,0023

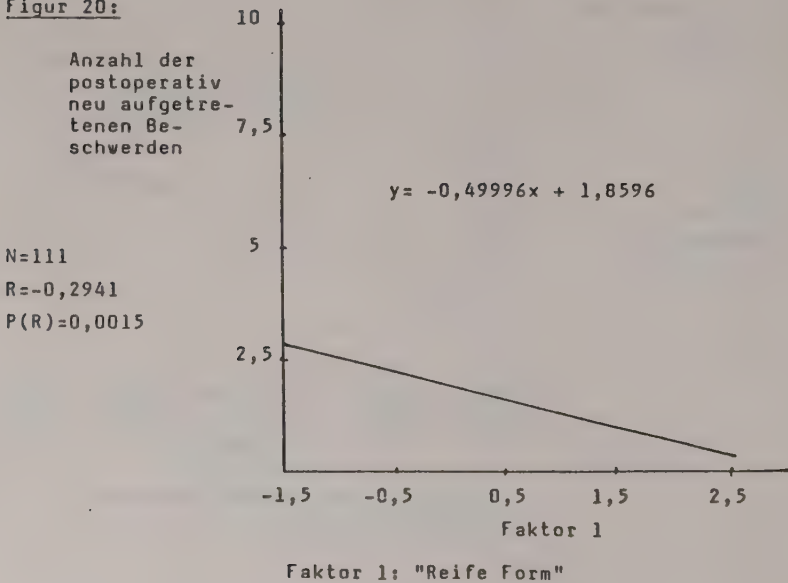


Faktor 5: "Rollenkonf. Rückzug"

Figur 19:



Figur 20:



4.1.4 Korrelationen der Faktoren mit anderen Parametern

Jetzt zurück zu unserem ursprünglichen Patientengut, den Morbus Crohn- und Polyposis-Patienten.

Wir prüften, ob bei ihnen Zusammenhänge zwischen den Faktoren und den Parametern: Alter, Jahre seit der Operation Sozialstatus, Aufklärungs- und Betreuungsindex, neue und seit der Operation verstärkt aufgetretene Beschwerden bestehen.

Faktor 1: Reife Form

Es zeigte sich, daß Patienten mit hohen Ladungen in diesem Faktor nach der Operation weniger unter neu aufgetretenen Beschwerden zu leiden haben. (siehe Fig. 20)

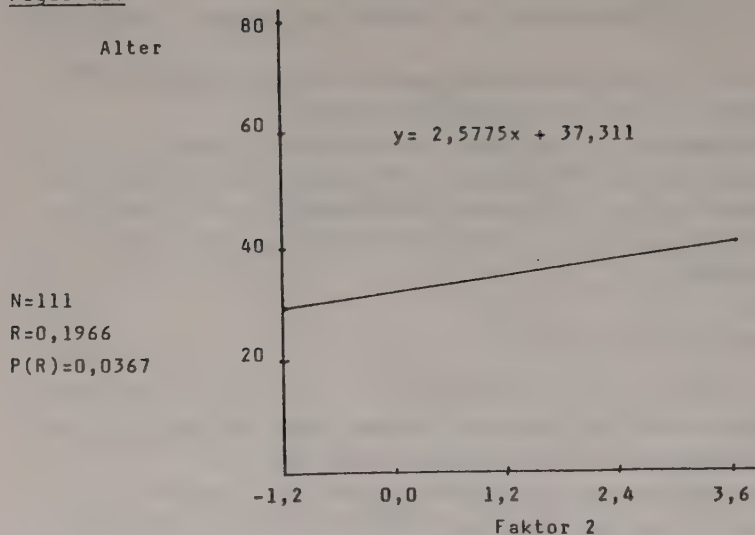
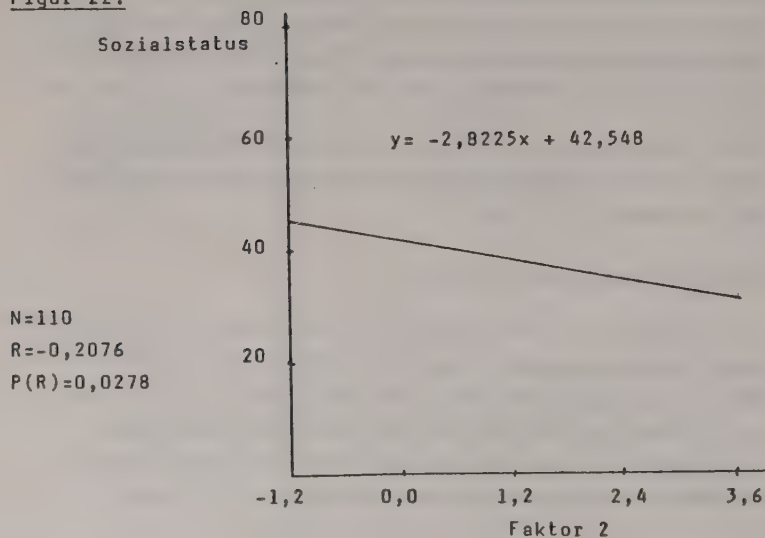
Das gilt sowohl für die Beschwerden die innerhalb eines Jahres nach der Operation auftraten, als auch für später aufgetretene Beschwerden. Patienten, denen eine Anpassung an das Leben mit dem Anus prater geglückt ist, die dieses Trauma also bewußt verarbeiten konnten, reagieren also auch im körperlichen harmonisch. Sie zeigen signifikant weniger neue Beschwerden nach der Operation.

Diese Korrelation ließ sich interessanterweise bei dem Faktor 4 (Überkompensatorische Verleugnungshaltung) nicht herstellen.

Faktor 2: Depressiver Rückzug

Dieser Faktor war der einzige, der bei unseren Patienten eine Altersabhängigkeit aufwies. (siehe Fig. 21)

Während es jungen Menschen noch leichter fällt, Kontakte zu knüpfen, gelingt dies den älteren Patienten schon wesentlich schwerer. Sie neigen eher dazu, sich zurück-zuziehen und sich depressiven Stimmungen hinzugeben.

Figur 21:Figur 22:

Faktor 2: "Depressiver Rückzug"

Der junge Mensch zeigt flexiblere Anpassungsreaktionen auf den Anus paeter als der ältere Mensch. Außer dem depressiven Rückzug kann er leichter mit Kommunikationsmustern reagieren.

Patienten mit niedrigerem Sozialstatus zeigen eine größere Neigung, sich in die Depression zurückzuziehen. Das geht aus der negativen Korrelation des Faktor 2 mit dem Sozialstatus hervor (siehe Fig. 22).

Schlecht betreute Patienten schlagen erwartungsgemäß eher den Weg des depressiven Rückzugs ein (siehe Fig. 23).

Faktor 3: Fixierung auf den Anus praeter

Ähnlich ungünstig scheint sich eine mangelnde Betreuung auf eine Fixierung auf den Anus praeter auszuwirken (siehe Fig. 24). Patienten mit hohen Ladungen in diesem Faktor weisen niedrige Werte im Betreuungsindex auf.

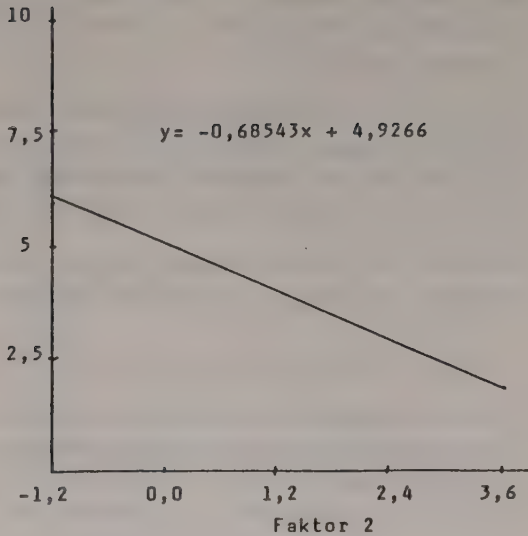
Faktor 4: Überkompensatorische Verleugnungshaltung

Die Interpretation der Ergebnisse bei der Interdependenzprüfung dieses Faktors bereitet zunächst gewisse Schwierigkeiten.

Faktor 4 zeigt direkte Korrelation mit dem Aufklärungs- und Betreuungsindex (siehe Fig. 25 + 26). Das heißt: je höher der Faktor 4 Score ist, umso "besser" wurden diese Patienten aufgeklärt bzw. betreut. Allerdings läßt sich nicht feststellen, wie diese Aufklärungs- und Betreuungsarbeit geleistet wurde. Wurden dem Patienten geeignete Hilfestellungen für die Verarbeitung des Anus praeter gegeben oder versteckten sich die aufklärenden Personen hinter rein sachlichen Informationen? Übertrug sich

Figur 23:

Betreuungs-
index



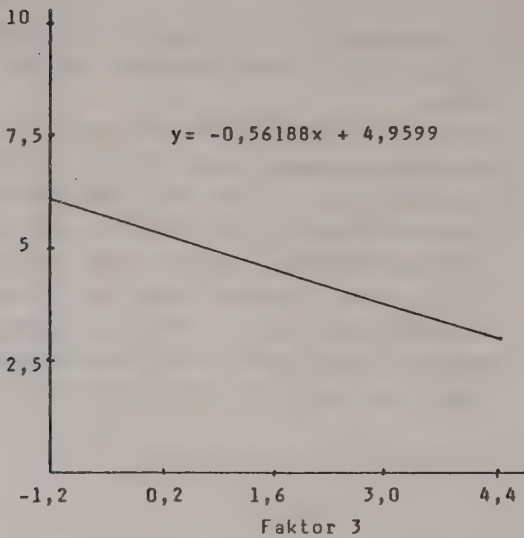
N=111

R=-0,2491

P(R)=0,0076

Figur 24:

Betreuungs-
index

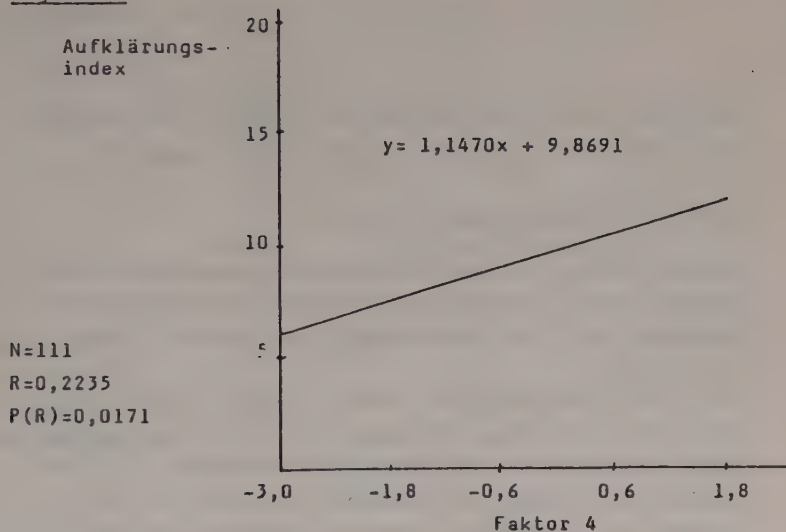


N=111

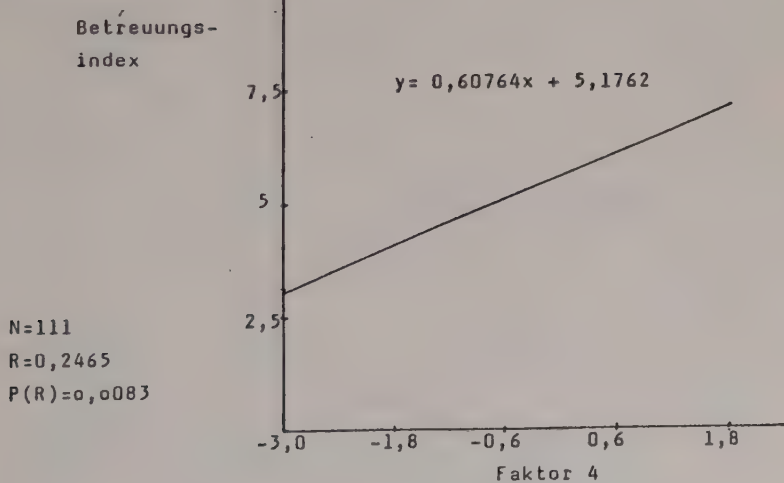
P=-0,1899

P(R)=0,0438

Faktor 3: "Fixierung auf Anus praeter"

Figur 25:

Faktor 4: "Verleugnungshaltung"

Figur 26:

Faktor 4: "Verleugnungshaltung"

die Angst, die hinter der betont starken Fassade dieser Patienten liegen mag, auf das betreuende Personal?

Faktor 5: Rollenkonformer Rückzug

Dieser Faktor zeigt Korrelationen mit neuen Beschwerden innerhalb eines Jahres nach der Operation und verstärkt nach der Operation aufgetretenen Beschwerden. (siehe Fig. 27 + 28).

Der Rückzug der Patienten steht in einem direkten Zusammenhang mit der Zunahme von neuen und verstärkten Beschwerden nach der Operation. Mit diesen Untersuchungen läßt sich jedoch nicht klären, ob sich die Patienten nur zurückziehen, weil sie soziale Probleme haben oder ob die Probleme durch den Rückzug und die Fixierung auf das eigene Leiden deutlicher hervortreten.

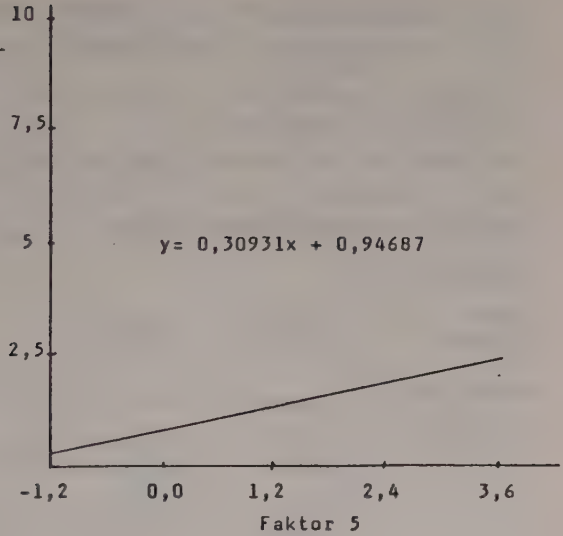
Figur 27:

Neue Beschwerden
innerhalb
eines Jahres
post Op.

N=111

R=0,1868

P(R)=0,0474

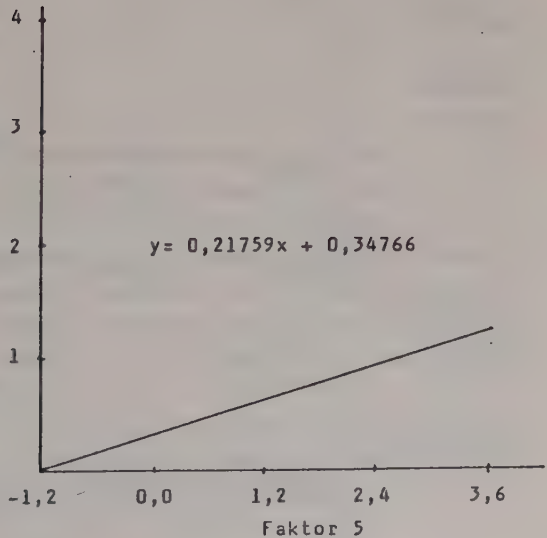
Figur 28:

Verstärkte
Beschwerden
post Op.

N=111

R=0,2113

P(R)=0,0244



Faktor 5: "Rollenkonf. Rückzug"

4.1.5. Verhältnisse der Faktor-Scores innerhalb der verschiedenen Patientengruppen

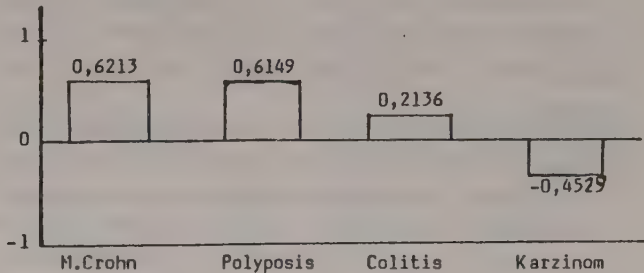
Für jede Patientengruppe wurden pro Faktor die Durchschnittswerte berechnet.

Miteinbezogen in die Analyse wurden auch diesmal die Daten die A. Sönnichsen 1986 an Colitis ulcerosa und Dickdarmcarzinom Patienten erhoben hatte.

Graphik 12:

Faktor 1
(Ladungen)

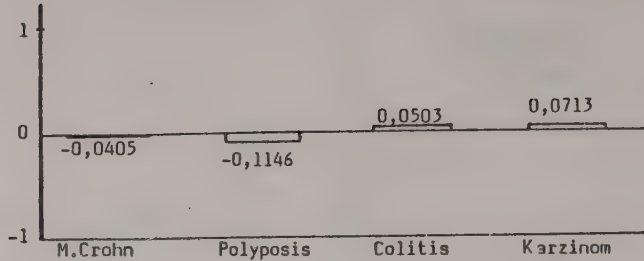
"Reife Form"



Graphik 13:

Faktor 2
(Ladungen)

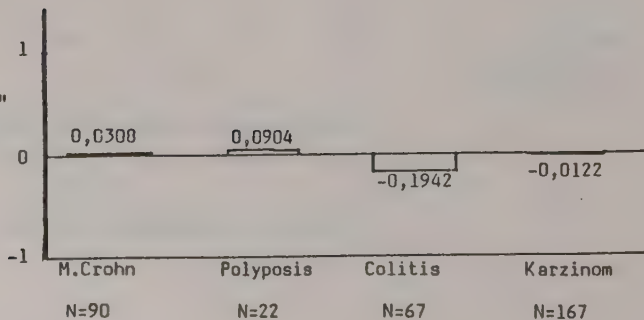
"Depr.Rückzug"



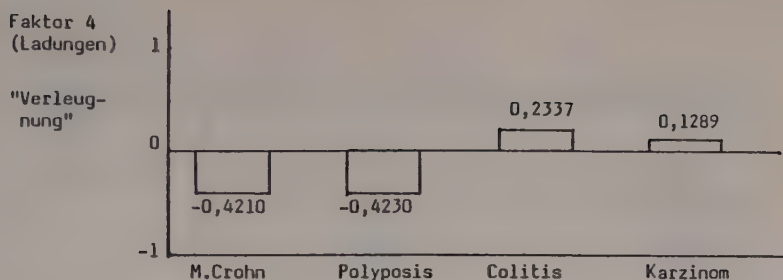
Graphik 14:

Faktor 3
(Ladungen)

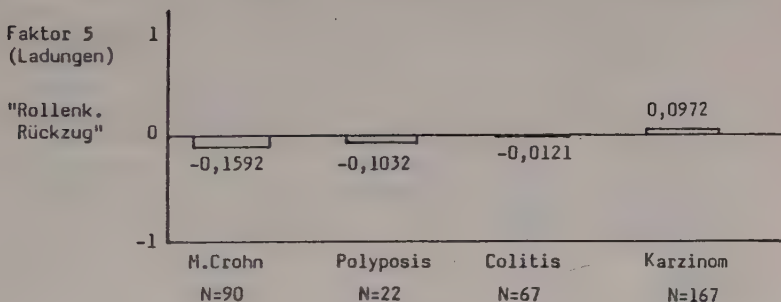
"Fixierung
auf Anus pr."



Graphik 15:



Graphik 16:



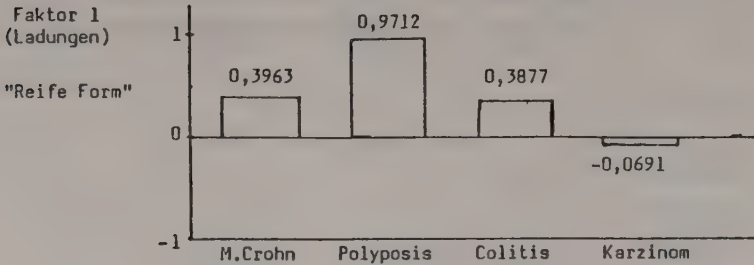
Auf den ersten Blick scheinen die Unterschiede in den einzelnen Patientengruppen zum Teil erheblich zu sein.

Da die verschiedenen Patientengruppen jedoch eine beträchtliche Altersdifferenz aufwiesen (vergl. Graphik 2: Durchschnittsalter), wurden die Mittelwerte der Faktorscores für unterschiedliche Altersklassen noch getrennt berechnet. Wir untersuchten zusätzlich die Altersklassen: "bis 35 Jahre", "36-49 Jahre" und "über 49 Jahre".

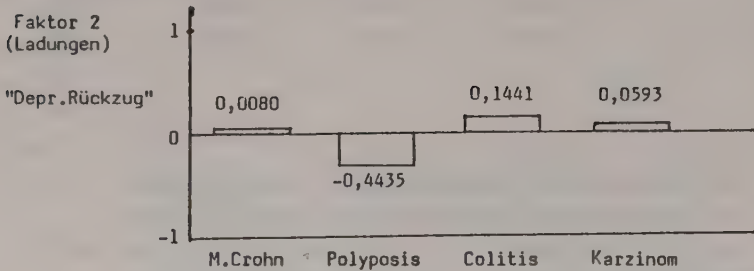
Stellvertretend sei die Gruppe 36-49 jähriger Patienten ausführlich dargestellt, da sich in dieser Altersklasse ein relativ ausgewogenes Verhältnis bezüglich der Patientenzahl zeigte.

Mittelwerte der Faktorscores für 36-49 jährige Patienten

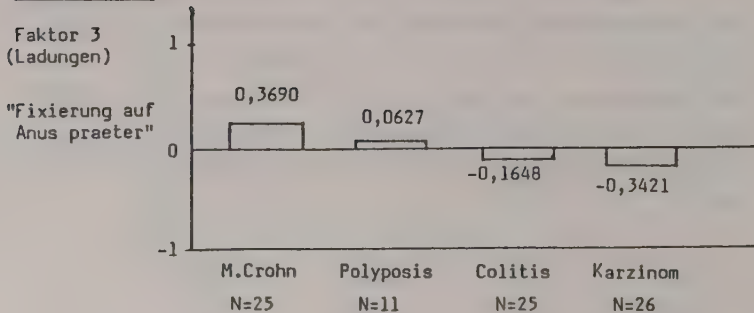
Graphik 17:



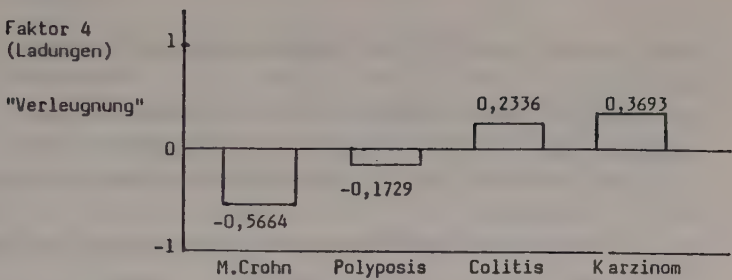
Graphik 18:



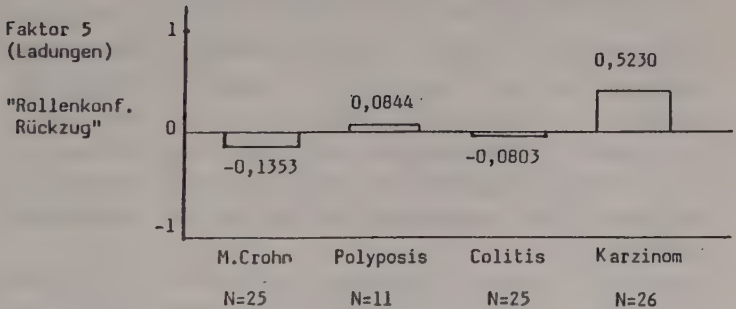
Graphik 19:



Graphik 20:



Graphik 21:



Die altersbereinigten Graphiken 17 - 21 geben ein realistischeres Bild wieder. Die Mittelwertabweichungen der Faktoren wurden für die verschiedenen Patientengruppen auf Signifikanz geprüft. Da die Patientenzahlen zwar ausgewogen, aber relativ gering sind, ergaben sich nur bei sehr ausgeprägten Differenzen in den einzelnen Gruppen signifikante Unterschiede.

Der deutlichste Unterschied zeigte sich im Faktor 1, der die reife Bewältigung des Traumas Anus praeter wider spiegelt. Die Patienten mit fam. Polyposis wiesen in

diesem Faktor eindeutig den höchsten Score auf (siehe Graphik 17).

Im Vergleich zu den Patienten mit reseziertem Dickdarmkarzinom zeigten sie eine signifikant "reifere Form", im Umgang mit ihrem Anus praeter (Irrtumswahrscheinlichkeit $p = 0,0005$).

Die Unterschiede zu den Morbus Crohn und Polyposis Patienten sind ebenfalls stark ausgeprägt, wurden aber wegen der geringen Fallzahl der Polyposis Patienten ($N = 11$) nicht mehr als signifikant bewertet.

Entsprechend den hohen Ladungen in Faktor 1 zeigten die Patienten mit fam. Polyposis bei Faktor 2 ("Depressiver Rückzug") die niedrigsten Faktorladungen (siehe Graphik 18). Anstatt zu resignieren und sich in die Depression zurückzuziehen, scheinen sie sich bewußt mit den sich aus dem Anus praeter ergebenden Schwierigkeiten auseinanderzusetzen.

Es zeigt sich, daß die Patienten der Morbus Crohn Gruppe die größten Probleme in Bezug auf die Fixierung auf den Anus praeter haben. Bei Faktor 3 weisen sie die höchsten Ladungen auf (siehe Graphik 19). Sie unterscheiden sich damit signifikant ($p = 0,0184$) von den Karzinom Patienten, die auf diesem Gebiet nicht so ausgeprägte Probleme angeben. Es bleibt offen, ob dabei Verdrängungsmechanismen eine Rolle spielen.

Die Karzinom Patienten sind bezüglich des Faktor 4 (Überkompensatorische Verleugnungshaltung) führend (siehe Graphik 20). Mit Hilfe von Verdrängungsmechanismen blockieren sie wahrscheinlich jede bewußte Auseinandersetzung mit den Problemen, die der künstliche Darmausgang mit sich bringt.

Am wenigsten Verleugnung zeigen die Morbus Crohn Patienten. Sie unterscheiden sich dabei signifikant von Karzinom und Colitis ulcerosa Patienten ($p = 0,0004$ bzw. $p = 0,0055$).

Möglicherweise erleben die Morbus Crohn Patienten ihr Leid noch intensiver als die Colitis und Karzinom Patienten, oder sie sind "offener" und ihrem Körper gegenüber hypochondrisch eingestellt. Die häufigen Fistelbildungen, die wiederholten Darmoperationen lassen die leidvolle Situation, in der sie stehen, nicht mehr wegleugnen. Sie geben sich dafür eher depressiven Gefühlen hin.

Faktor 5 war bei den Karzinom Patienten am stärksten ausgeprägt. Der Rückzug in Familie und Beruf stellt besonders für Patienten im mittleren Lebensalter anscheinend eine wichtige Reaktionsform dar.

4.2 Analyse der körperlichen Beschwerden nach der Operation

Den beiden Patientengruppen wurden zwei Listen mit häufig auftretenden Beschwerden vorgelegt (siehe Seite 157). Gefragt wurde zuerst nach Beschwerden, die erstmalig nach der Operation aufgetreten waren. Eine zweite Liste erfragte die Beschwerden, die sich nach der Operation verstärkt hatten.

Die Patienten wurden aufgefordert anzugeben, wann die Beschwerden neu bzw. verstärkt aufgetreten seien. Bei der Auswertung richtete sich unser Augenmerk in erster Linie auf den Zeitraum des ersten Jahres nach der Operation. Innerhalb dieser Zeit wäre ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Ereignis, das die Operation für den Patienten bedeutet und dem Auftreten von Neuerkrankungen bzw. Verschlimmerungen in besonderem Maße anzunehmen.

Eine Schwäche bei dieser Art der Erhebung war, daß keine objektiv vorhandenen Krankheiten erfaßt wurden, sondern das subjektive Krankheitsempfinden. Was für den einen Kopfschmerzen sind, wird von dem anderen vielleicht so bewertet, als sei es nicht der Rede wert, darüber überhaupt zu sprechen. Besonders zu Verleugnung neigende Patienten werden seltener Beschwerden angeben als andere.

Eine Objektivierung dieses Sachverhalts war im Rahmen dieser Studie leider nicht möglich.

4.2.1 Neue Beschwerden innerhalb des ersten Jahres nach der Operation

Im ersten Jahr nach der Operation erkrankten 57 von 111 Patienten (=51%) an mindestens einem zusätzlichen, von der Grundkrankheit unabhängigen Leiden.

Von diesen 57 Patienten stammten 52 aus der Gruppe der Morbus Crohn Patienten (=57,8% aller Morbus Crohn Patienten). Nur 5 hatten die Diagnose familiäre Polyposis (=23,8% aller Polyposis Patienten).

Tabelle 3 : Neu aufgetretene Beschwerden nach der Operation

	innerhalb 1 Jahres		später aufgetretene	
	M.Crohn N=90	Polyposis N=21	M.Crohn N=90	Polyposis N=21
	Anzahl (%) d.Patient.	Anzahl (%) d.Patient.	Anzahl (%) d.Patient.	Anzahl (%) d.Patient.
1.Nieren und Harn- wegserkrankungen	10 (11,1)	0 (0)	6 (6,7)	1 (4,8)
2.Juckreiz	12 (13,3)	3 (14,3)	3 (3,3)	0 (0)
3.Starke Gewichts- abnahme	11 (12,2)	0 (0)	2 (2,2)	2 (9,5)
4.Rheumat.Beschwerden	9 (10,0)	0 (0)	4 (4,4)	1 (4,8)
5.Hautausschlag	7 (7,8)	0 (0)	5 (5,6)	0 (0)
6.Krämpfe	7 (7,8)	0 (0)	3 (3,3)	0 (0)
7.Starke Gewichts- zunahme	5 (5,6)	0 (0)	2 (2,2)	2 (9,5)
8.Migräne	6 (6,7)	0 (0)	1 (1,1)	0 (0)
9.Gallenbeschwerden	2 (2,2)	0 (0)	4 (4,4)	1 (4,8)
10.Regelbeschwerden	5 (5,6)	0 (0)	1 (1,1)	1 (4,8)
11.Allergie	3 (3,3)	1 (4,8)	3 (3,3)	1 (4,8)
12.Magen-, Darmge- schwüre	3 (3,3)	0 (0)	2 (2,2)	4 (19)
13.Bluthochdruck	0 (0)	0 (0)	4 (4,4)	2 (9,5)
14.Erbrechen	2 (2,2)	0 (0)	2 (2,2)	1 (4,8)
15.Chron.Bronchitis	2 (2,2)	0 (0)	1 (1,1)	0 (0)
16.Herzbeschwerden	2 (2,2)	0 (0)	1 (1,1)	1 (1,1)
17.Diabetis	1 (1,1)	0 (0)	1 (1,1)	1 (4,8)
18.Chron.Erkältung	1 (1,1)	0 (0)	1 (1,1)	0 (0)
19.Ohnmacht	0 (0)	0 (0)	1 (1,1)	0 (0)
20.Asthma	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
21.Gicht	0 (0)	1 (4,8)	0 (0)	1 (4,8)
22.Sonstige	7 (7,8)	0 (0)	4 (4,4)	2 (9,5)
Gesamt: +	95(105,5)	5(23,9)	51(56,3)	21(96,5)

+Die Summen übersteigen teilweise die Patientenzahl, da einige Patienten an mehreren Erkrankungen gleichzeitig litten.

Während die 5 Patienten der Polyposis-Gruppe jeweils nur eine neue Beschwerde aufwiesen, hatten 26 Patienten der Morbus Crohn-Gruppe (=28%) 2 oder mehr neue Beschwerden. Der größte Anteil entfiel auf den Juckreiz, der sich vor allem im Stomabereich abspielte. Sowohl Morbus Crohn (=13,3%) als auch Polyposis Patienten (=14,3%) litten zu ungefähr gleichen Anteilen daran (siehe Tab. 3). Eine Unverträglichkeit auf die Klebebeutel am künstlichen Darmausgang dürfte hierfür die wahrscheinlichste Ursache sein.

Anders verhält sich dies bei den übrigen Beschwerden, wie Nieren- und Harnwegserkrankungen, starke Gewichtsabnahme, rheumatische Beschwerden und andere (siehe Tab. 3).

Hier zeigt sich, daß die Morbus Crohn Patienten innerhalb eines Jahres post op, signifikant häufiger als die Polyposis Patienten unter Neuerkrankungen zu leiden haben.

(Mit hohem Signifikanzniveau: $p=0,0034$)

4.2.2 Neue Beschwerden, die später auftraten

Wenn man die weiteren Jahre nach der Operation bis zum Abschluß unserer Studie miteinbezieht - und das sind bei unseren Patienten durchschnittlich 5,4 Jahre - so zeigt sich, daß 35 Patienten an bei ihnen vorher nicht bekannten Leiden neu erkrankten.

Von unseren 111 Patienten sind dies also 31,5%: 11 dieser 35 Patienten mit der Diagnose familiäre Polyposis (=52,4% aller Polyposis Patienten), 24 mit der Diagnose Morbus Crohn (=26,7% aller Morbus Crohn Patienten).

Die Polyposis Patienten erkrankten in dem mehrere Jahre nach der Operation umfassenden Zeitraum also häufiger, als die Morbus Crohn Patienten. Eine wesentliche Ursache hierfür dürfte sicherlich in dem durchschnittlich höheren Lebensalter der Polyposis Patienten begründet liegen, da mit zunehmenden Alter die Anzahl von Neuerkrankungen auch in der Normalbevölkerung zunimmt.

Tabelle 4 : Neu aufgetretene Beschwerden nach der Operation
ohne Berücksichtigung des Zeitpunktes des erstmaligen Auftretens.

	M.Crohn N=90 Polyposis N=21		Gesamt N=111
	Anzahl (%) d.Patient.	Anzahl (%) d.Patienten	Anzahl (%) d.Patienten
1.Juckreiz	15 (16,7)	3 (14,3)	18 (16,2)
2.Nieren und Harn- wegserkrankungen	16 (17,8)	1 (4,8)	17 (15,3)
3.Starke Gewichts- abnahme	13 (14,4)	2 (9,5)	15 (13,5)
4.Rheumat.Beschwerden	13 (14,4)	1 (4,8)	14 (12,6)
5.Hautausschlag	12 (13,3)	0 (0)	12 (10,8)
6.Krämpfe	10 (11,1)	0 (0)	10 (9,0)
7.Starke Gewichts- zunahme	7 (7,8)	2 (9,5)	9 (8,1)
8.Migräne	7 (7,8)	0 (0)	7 (6,3)
9.Gallenbeschwerden	6 (6,7)	1 (4,8)	7 (6,3)
10.Regelbeschwerden	6 (6,7)	0 (0)	6 (5,4)
11.Allergie	6 (6,7)	2 (9,5)	8 (7,2)
12.Magen-,Darmge- schwüre	5 (5,6)	4 (19,0)	9 (8,1)
13.Bluthochdruck	4 (4,4)	2 (9,5)	6 (5,4)
14.Erbrechen	4 (4,4)	1 (4,8)	5 (4,5)
15.Chron.Bronchitis	3 (3,3)	0 (0)	3 (2,7)
16.Herzbeschwerden	3 (3,3)	0 (0)	3 (2,7)
17.Diabetis	2 (2,2)	1 (4,8)	3 (2,7)
18.Chron.Erkältung	2 (2,2)	0 (0)	2 (1,8)
19.Ohnmacht	1 (1,1)	0 (0)	1 (0,9)
20.Asthma	0 (0)	0 (0)	0 (0)
21.Gicht	0 (0)	2 (9,5)	2 (1,8)
22.Sonstige	11 (12,2)	2 (9,5)	13 (11,7)
Gesamt: +	146(162,1)	24(114,8)	170(153,0)

+Die Summen übersteigen die Patientenzahlen, da einige Patienten gleichzeitig an mehreren Erkrankungen litten.

Führende Beschwerden bei den Polyposis Patienten sind Magen- und Darmgeschwüre, Gewichtsab- und zunahme sowie Bluthochdruck (siehe Tab. 3).

Bei den Morbus Crohn Patienten stehen Nieren- und Harnwegsinfektionen, Hautausschlag, Rheuma, Gallenbeschwerden und Bluthochdruck im Vordergrund (siehe Tab. 3)

Von unserem gesamten Patientengut (90 Morbus Crohn, 21 Polyposis Patienten) gaben also nur 36 Patienten (=32,4%) an, keine neuen Beschwerden erlitten zu haben.

4.2.3 Nach der Operation verstärkt aufgetretene Beschwerden

Von den 111 Patienten gaben 24 an, daß sich bereits vorhandene Beschwerden seit der Operation verstärkt hätten. Davon 18 Morbus Crohn Patienten (=20,0% aller Morbus Crohn Patienten) und 6 Polyposis Patienten (=28,6% aller Polyposis Patienten).

Auch hier stellten sich die Verschlimmerungen der Beschwerden bei den Morbus Crohn Patienten vor allem innerhalb des ersten Jahres post op. ein, während sie sich bei den Polyposis Patienten zu gleichen Teilen auf frühe und späte Verschlimmerungen der bereits bestehenden Erkrankungen verteilten. Vorherrschend waren rheumatische Beschwerden, Krämpfe und Migräne (Siehe Tab. 5).

Betrachtet man diejenigen Patienten, die weder neue noch verstärkte Beschwerden erlitten, finden sich nur noch 27 Patienten. Diese 24,3% können nach der Stoma Operation als wirklich beschwerdefrei eingestuft werden.

Tabelle 5: Nach der Operation verstärkt aufgetretene Beschwerden

	M.Crohn N=90	Polyposis N=21	Gesamt N=111
	Anzahl (%) d.Patienten	Anzahl (%) d.Patienten	Anzahl (%) d.Patienten
1.Rheumat.Beschwerden	7 (7,8)	2 (9,5)	9 (8,1)
2.Krämpfe	3 (3,3)	0 (0)	3 (2,7)
3.Migräne	2 (2,2)	1 (4,8)	3 (2,7)
4.Gallenbeschwerden	2 (2,2)	0 (0)	2 (1,8)
5.Nieren und Harn- wegserkrankungen	2 (2,2)	0 (0)	2 (1,8)
6.Regelbeschwerden	1 (1,1)	1 (4,8)	2 (1,8)
7.Allergie	1 (1,1)	1 (4,8)	2 (1,8)
8.Magen-, Darm- geschwüre	1 (1,1)	1 (4,8)	2 (1,8)
9.Chron.Erkältung	1 (1,1)	0 (0)	1 (0,9)
10.Chron.Bronchitis	1 (1,1)	0 (0)	1 (0,9)
11.Herzbeschwerden	1 (1,1)	0 (0)	1 (0,9)
12.Bluthochdruck	1 (1,1)	0 (0)	1 (0,9)
13.Starke Gewichts- abnahme	1 (1,1)	0 (0)	0 (0,9)
14.Juckreiz	1 (1,1)	0 (0)	1 (0,9)
15.Asthma	0 (0)	0 (0)	0 (0)
16.Erbrechen	0 (0)	0 (0)	0 (0)
17.Starke Gewichts- zunahme	0 (0)	0 (0)	0 (0)
18.Diabetis	0 (0)	0 (0)	0 (0)
19.Gicht	0 (0)	0 (0)	0 (0)
20.Hautausschlag	0 (0)	0 (0)	0 (0)
21.Ohnmacht	0 (0)	0 (0)	0 (0)
22.Sonstige	4 (4,4)	0 (0)	4 (3,6)
Gesamt:*	29 (32,0)	6 (28,7)	34 (31,5)

*Die Summen entsprechen nicht den Patientenzahlen, da einige Patienten an mehreren Beschwerden gleichzeitig litten.

4.2.4 Korrelation zwischen postoperativen Beschwerden und anderen Parametern

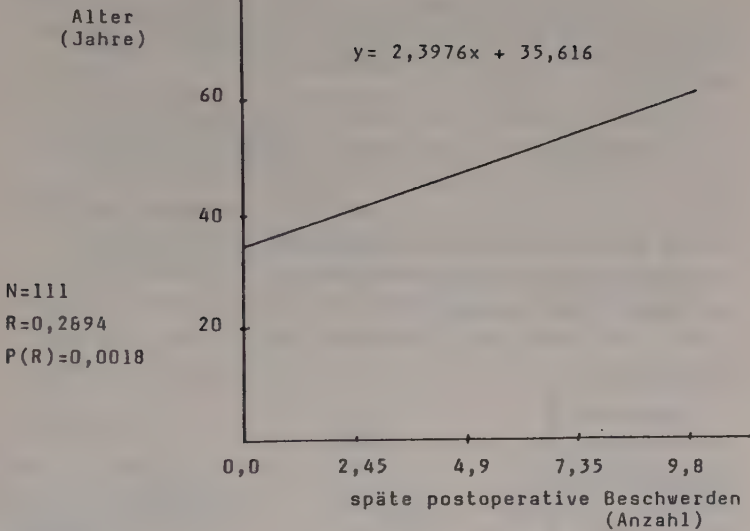
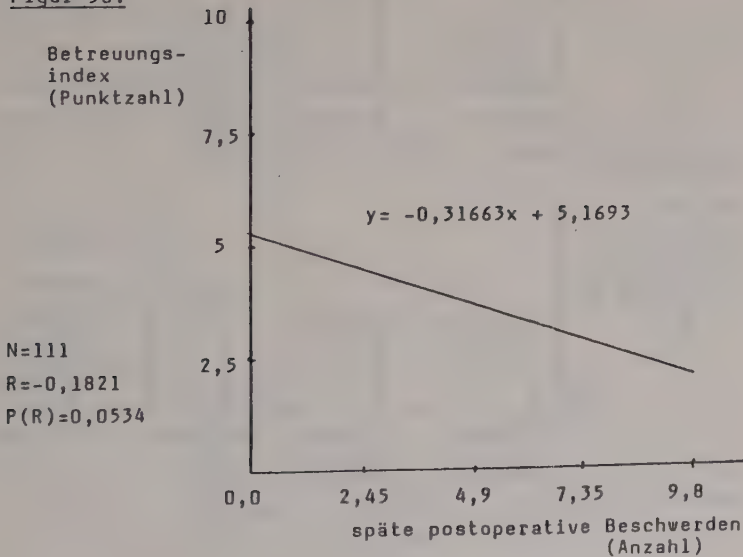
Die unter 4.2 geäußerte Vermutung, daß sich das Lebensalter auf die Anzahl von spät auftretenden neuen Beschwerden auswirkt, konnte durch Aufstellen einer Korrelationsmatrix bestätigt werden.

Bei der aus Morbus Crohn und fam. Polyposis bestehenden Untersuchungsgruppe lies sich eine direkte Korrelation zwischen dem späten Auftreten (mehr als ein Jahr post Op.) von neuen Beschwerden und dem Lebensalter nachweisen: mit zunehmenden Alter steigt die Anzahl von neuen Beschwerden (siehe Figur 29).

Dies erklärt, warum die durchschnittlich älteren Polyposis Patienten einen größeren Anteil an den spät auftretenden Beschwerden haben, als die jüngeren Morbus Crohn Patienten (siehe Abschnitt 4.2.2).

Einen weiteren Einfluß auf diese späten Beschwerden besitzt die postoperative Betreuung. Patienten, die sich in Bezug auf ihr Stoma schlecht versorgt fühlen, sind anfälliger im Lauf der Jahre nach der Operation zusätzliche , von der Grundkrankheit verschiedene neue Beschwerden zu bekommen (siehe Figur 30).

Eine gute postoperative Betreuung ist daher nicht nur aus psychischen Gründen angezeigt. Auch das Neuauftreten körperlicher Beschwerden könnte dadurch vermindert werden.

Figur 29:Figur 30:

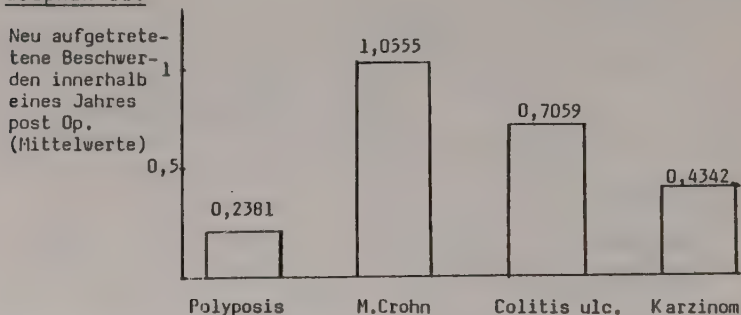
4.2.5 Vergleich der postoperativen Beschwerden innerhalb aller Patientengruppen

Betrachten wir wieder alle vier Patientengruppen, also auch die Colitis ulcerosa und die Colonkarzinom Patienten.

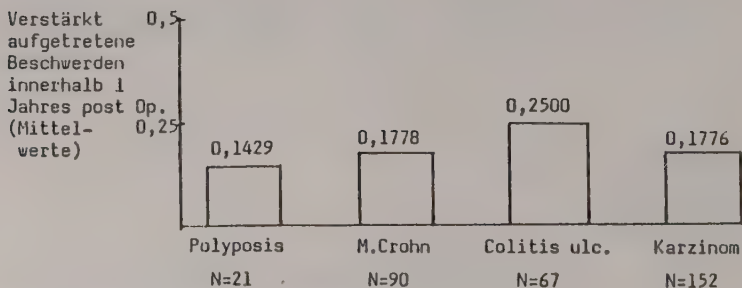
Von besonderen Interesse waren für uns die Beschwerden die innerhalb des ersten Jahres nach der Operation neu, oder verstärkt -- und zwar ohne Bezug zur Grundkrankheit-- aufgetreten waren. Diesem Zeitraum sollte vor allem wegen der Frage eines eventuell feststellbaren Symptommwandels nachgegangen werden.

Es ergab sich folgendes Bild:

Graphik 22:



Graphik 23:



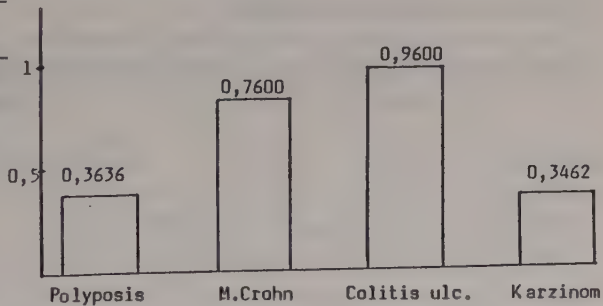
Bei der Untersuchung, die in Graphik 22 dargestellt ist, ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen Morbus Crohn und Polyposis Patienten (Irrtumswahrscheinlichkeit $p = 0,0034$), Colitis ulcerosa und Polyposis Patienten ($p = 0,0451$) und zwischen Morbus Crohn und Karzinom Patienten ($p = 0,0000$).

In Graphik 23 sind keine signifikanten Unterschiede zu sehen.

Zur weitgehenden Eliminierung des Einflusses, den die unterschiedliche Altersverteilung in den Patientengruppen ausübt, wurden auch hier wieder die Ergebnisse der Altersgruppe 36-49 jähriger Patienten getrennt berechnet (siehe Graphik 24 und 25).

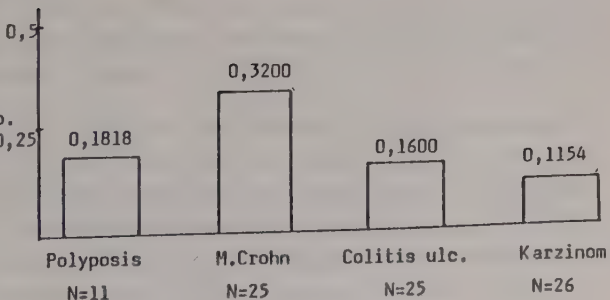
Graphik 24:

Neu aufgetretene Beschwerden innerhalb eines Jahres post Op.
(Mittelwerte)



Graphik 25:

Verstärkt aufgetretene Beschwerden innerhalb 1 Jahres post Op.
(Mittelwerte)



Aufgrund der geringen Fallzahlen konnte bei der altersbereinigten Darstellung nur noch der Unterschied zwischen Colitis ulcerosa und Karzinom Patienten als signifikant bewertet werden ($p = 0,0436$).

Betrachtet man Graphik 22 und 24, so wird deutlich, daß Patienten mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa innerhalb des ersten Jahres nach der Darmoperation die meisten Neuerkrankungen aufweisen. Polyposis und Karzinom Patienten haben dagegen geringere Werte.

Es sei hier an die Ergebnisse von 4.1.5 erinnert, wo die Karzinom Patienten mit dem höchsten Score in den Verleugnungsfaktor eingingen (siehe Graphik 20). Somit muß die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, daß die Karzinom Patienten aus dieser Verleugnungshaltung heraus weniger Beschwerden angeben.

Eine Objektivierung dieses Sachverhaltes wäre wünschenswert, hätte jedoch den Rahmen dieser Studie gesprengt.

4.3 Ergebnisse der Münchner Beschwerdenlisten

4.3.1 Korrelationen zwischen den Beschwerdenlisten und anderen Parametern

Betrachten wir unser ursprüngliches Patientengut der Polyposis coli und Morbus Crohn Patienten, ergeben sich die folgenden Zusammenhänge:

Patienten, die in den Beschwerdelisten L, L' und -(seelisch) bereits vor der Operation hohe Scores angaben, zeigten nach der Operation häufiger neue Beschwerden. Vor allem innerhalb des ersten Jahres nach der Operation gesellten sich bis dahin unbekannte Erkrankungen zur Grundkrankheit hinzu. (siehe Tabelle 6). Anscheinend haben diese Patienten durch die Entfernung des erkrankten Darmabschnitts keine wirkliche Gesundheit erlangt.

Außerdem wurde deutlich, daß Patienten, die vor der Operation schlecht aufgeklärt wurden, bzw. jetzt schlecht betreut werden nach der Operation höhere Beschwerden-Scores aufweisen, als gut versorgte Patienten. (siehe Tabelle 7) In diesem Zusammenhang läßt sich vielleicht auch erklären, warum sich bei Patienten mit hohem Sozialstatus niedrigere Werte in den Beschwerdelisten L, L' und -(seelisch) nach der Operation finden (siehe Tabelle 7): Patienten mit hohem Sozialstatus dürften im allgemeinen einer besseren medizinischen Versorgung unterliegen als Patienten aus unteren sozialen Schichten.

Verständlich ist auch, daß die postoperativen Beschwerdelisten L und L' positiv mit den neu und verstärkt nach der Operation aufgetretenen Beschwerden korrelieren. (siehe Tabelle 7) Auch der Bezug zur psychischen Problematik ist einleuchtend: Hohe Werte in der B-(seelisch) sind direkt korreliert mit einer großen Anzahl neu und verstärkt aufgetretener postoperativer Beschwerden. (siehe Tabelle 7)

Tabelle 6: Korrelationen mit den präoperativ vorgelegten Beschwerdelisten

	B-L	B-L'	B-(seelisch)
Neue Beschwerden innerhalb des ersten postoperativen Jahres	—	R=0,2707 P(R)=0,0038	R=0,2465 P(R)=0,0083
Neue postoperative Beschwerden insgesamt	—	R=0,2495 P(R)=0,0078	R=0,2021 P(R)=0,0324

Tabelle 7: Korrelationen mit postoperativ vorgelegten Beschwerdelisten

	B-L	B-L'	B-(seelisch)
Aufklärungsindex	—	R=-0,1803 P(R)=0,500	—
Betreuungsindex	R=-0,2038 P(R)=0,0310	—	—
Sozialstatus	R=-0,2830 P(R)=0,0025	R=-0,2616 P(R)=0,0054	R=-0,2345 P(R)=0,0130
Neue Beschwerden innerhalb des ersten postoperativen Jahres	—	—	R=0,2641 P(R)=0,0047
Neue postoperative Beschwerden insgesamt	R=0,5531 P(R)=0,0000	R=0,4655 P(R)=0,0000	—
Verstärkte postoperative Beschwerden insgesamt	—	—	R=0,2913 P(R)=0,0017

R: Korrelationskoeffizient

P(R): Irrtumswahrscheinlichkeit

Fallzahl für Tabelle 6 und 7: N=110

4.3.2 Gegenüberstellung der Beschwerdenlisten-Scores der verschiedenen Patientengruppen

Die Beschwerdenlisten wurden auf die unter 2.4 beschriebene Art ausgewertet. Für jede Patientengruppe wurden dabei die Mittelwerte pro Beschwerdenliste berechnet und auf signifikante Unterschiede gegenüber den anderen Patientengruppen überprüft. Wieder wurden die Daten von allen Patienten verwendet.

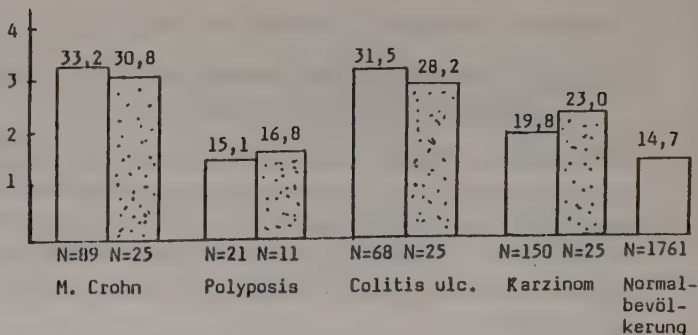
Um den Einfluß der unterschiedlichen Altersverteilung möglichst gering zu halten, wurden auch diesmal die Ergebnisse für Personen im Alter von 36-49 Jahren getrennt berechnet. Die Ergebnisse wurden auf den Graphiken 26-31 bildlich wiedergegeben. Zusätzlich wurden die Mittelwerte der Normalbevölkerung angegeben, die in einer Eichstichprobe von 1761 Personen im Alter von 20-64 Jahren ermittelt wurden (112). Bei der verwendeten Beschwerdenliste B-seelisch handelt es sich um eine nicht standartisierte Liste, mit der versucht wurde, besonders seelische Belange zu erfassen. Für sie besteht keine Eichstichprobe. Es zeigte sich, daß sich die Mittelwerte der Summenscores kaum von den standartisierten Skalen unterschieden. Deshalb kann für die Beschwerdenliste -seelisch ein ähnlicher Normwert, wie für die B-L und die B-L' vermutet werden. Dies kann als Hinweis gewertet werden, daß seelische und körperliche Beschwerden Hand in Hand miteinander einhergehen.

Vor der Operation haben die Morbus Crohn und die Colitis ulcerosa Patienten eindeutig die meisten Beschwerden (siehe Graphik 26-28). Sowohl in den Beschwerdenlisten, die körperliche Beschwerden erfassen, als auch in der Beschwerdenliste seelisch, die psychische Probleme erfaßt, weisen sie signifikant höhere Scores auf als Karzinom und Polyposis Patienten (Signifikanzniveau jeweils $p = 0,000$).

Vor der Operation die zur Anlage eines Anus Praeter führte:

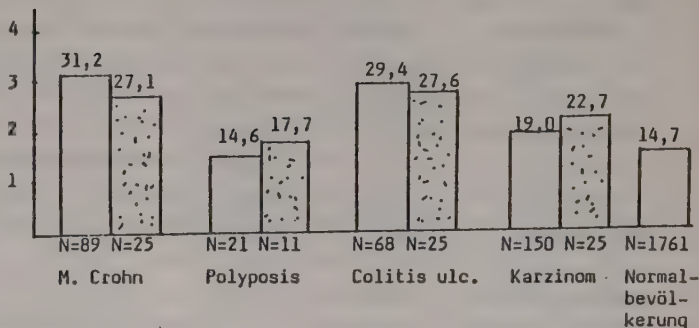
Graphik 26:

Beschwerden-
liste-L
(Mittelwerte)



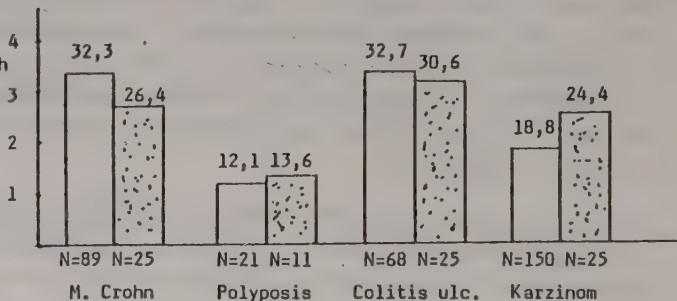
Graphik 27:

Beschwerden-
liste-L'
(Mittelwerte)



Graphik 28:

Beschwerden-
liste-seelisch
(Mittelwerte)



Ohne Alters-
berücksichtigung

36-49 jährige
Patienten

In der altersbereinigten Form, symbolisiert durch , sind allerdings nur noch die Unterschiede von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa zu Polyposis Patienten signifikant (Signifikanzniveau jeweils $p < 0,05$).

Die Werte der Polyposis Patienten bewegen sich meist um den Wert der für die Normalbevölkerung ermittelt wurde. Dagegen liegen auch die Werte der Karzinom Patienten vor der Operation deutlich über dem Normalniveau. In der altersbereinigten Darstellung liegen ihre Werte sogar noch höher. Dies erstaunt insofern, als das Durchschnittsalter der Karzinom Patienten 60,8 Jahre beträgt, während in der altersbereinigten Form nur 36 - 49 jährige Patienten betrachtet wurden und man bei jüngeren Patienten im allgemeinen weniger Beschwerden vermuten würde.

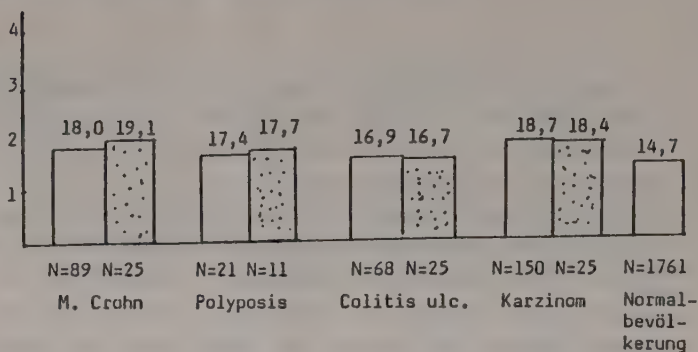
In der Beschwerdenliste-seelisch erreicht der Unterschied zwischen Karzinom und Polyposis Patienten sogar Signifikanzniveau ($p=0,0505$). Bei Kenntnis des klinischen Verlaufs von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa verwundert es nicht, daß diese beiden Patientengruppen vor der Operation hohe Beschwerdenlisten-Scores aufweisen. Erstaunlich ist jedoch, daß auch die Karzinom Patienten, die sich bis zur Diagnosestellung ja sozusagen "gesund" fühlen, vor der Operation deutlich mehr Beschwerden als die Normalbevölkerung aufweisen. Vielleicht spielt auch hier die bei den Karzinom Patienten ausgeprägte Verleugnungshaltung eine Rolle: "Ich bin viel zu beschäftigt um mir über meine Gesundheit große Gedanken zu machen" (Item 3 aus Faktor 4)

Nach der Operation (siehe Graphiken 29 - 31) nivellieren sich die Differenzen in den Patientengruppen, signifikante Unterschiede sind nicht mehr feststellbar. Zwar geben die Polyposis Patienten auch nach der Operation durchschnittlich die wenigsten Beschwerden an, aber auch Morbus Crohn und Colitis ulcerosa Patienten klagen deutlich weniger über

Nach der Operation die zur Anlage eines Anus praeter führte:

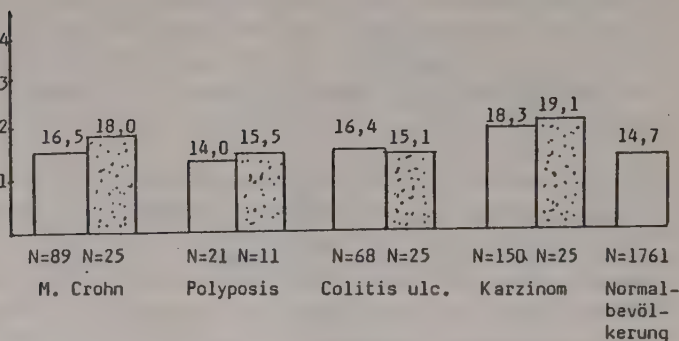
Graphik 29:

Beschwerden-
liste-L
(Mittelwerte)



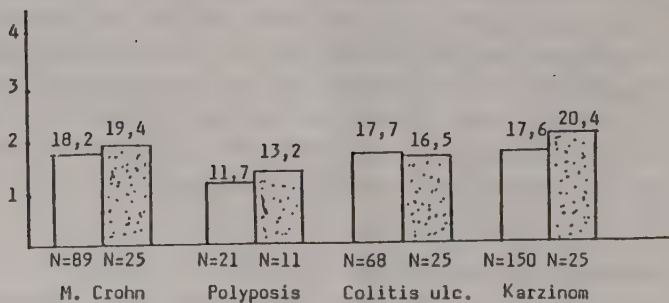
Graphik 30:

Beschwerden-
liste-L'
(Mittelwerte)



Graphik 31:

Beschwerden-
liste-seelisch
(Mittelwerte)



Ohne Alters-
berücksichtigung

36-49 jährige
Patienten

körperliche und seelische Beschwerden; und dies trotz künstlichem Darmausgang.

Am meisten postoperative Beschwerden weisen die Karzinom Patienten auf. Die Grunderkrankung Krebs dürfte hierbei eine entscheidende Rolle spielen.

4.4 Ergebnisse des Gießen-Test

4.4.1 Korrelation zwischen Gießen-Test und anderen Parametern

Es wurde untersucht, ob bei Morbus Crohn und Polyposis Patienten Zusammenhänge bestehen zwischen dem Gießen-Test und den Parametern Alter, Sozialstatus, neuem und verstärktem Auftreten von Beschwerden und den Beschwerdelisten.

Die einzige Skala des Gießen-Testes, die eine Altersabhängigkeit aufwies, war die Skala 3 (Kontrolle). Je älter die Patienten, umso mehr tendierten ihre Werte zur Zwanghaftigkeit (siehe Tab. 7). Nach der Kurzbeschreibung der rechten Seite der Skala 3 sind diese Patienten begabt im Umgang mit Geld, überdurchschnittlich wahrheitsliebend und unfähig zum Ausgelassensein. Man kann sich vorstellen, daß diese Eigenschaften im Alter stärker zum tragen kommen.

Bezüglich des Sozialstatus ergaben sich Korrelationen mit Skala 2 (Soziale Potenz). Patienten mit hohen Werten im Bereich Gefügigkeit und soziale Impotenz wiesen einen geringeren Sozialstatus auf. (siehe Tab. 7) Es ist verständlich, daß Personen, die eher phantasielos und wenig zu Konkurrenz neigend sind, sich auf der sozialen Rangleiter schlechter emporarbeiten können. Ebenso ist es einleuchtend, daß Personen mit geringem Sozialprestige sich im Gießen-Test als sozial impotent einstufen.

Betrachtet man die neu und verstärkt nach der Operation aufgetretenen Beschwerden, so zeigt sich ein direkter Zusammenhang mit den Skalen 2 (Dominanz) und 4 (Grundstimmung) des Gießen-Tests.

Gefügte und depressive Patienten haben deutlich mehr unter dem Neuauftreten von postoperativen Krankheiten und Beschwerden zu leiden (siehe Tabelle 7). Patienten, die unfähig zur

Tabelle 7: Korrelationen mit dem Gießen-Test

	Skala 1: Soz.Resonanz	Skala 2: Dominanz	Skala 3: Kontrolle	Skala 4: Grundstimmung	Skala 6: Soz.Potenz	Mittel- werte	Extrem- werte
Alter	—	—	R=0,2714 P(R)=0,0038	—	—	—	—
Sozialstatus	—	R=-0,1888 P(R)=0,0481	—	—	R=-0,1827 P(R)=0,0559	—	—
Neue Beschwerden innerhalb des 1. Jahres postop.	—	—	—	R=0,1802 P(R)=0,0538	—	—	—
Neue postop. Be- schwerden die spä- ter auftraten	—	R=0,2374 P(R)=0,0119	—	R=0,2715 P(R)=0,0018	—	—	—
Neue postop. Be- schwerden insgesamt	—	R=0,2769 P(R)=0,0031	—	—	—	—	—
B-L präoperativ	—	—	—	R=0,1901 P(R)=0,0455	—	R=-0,2689 P(R)=0,0041	R=-0,1868 P(R)=0,0495
B-L'präoperativ	—	—	—	R=0,2248	—	R=0,2286	—
B-seel. präop.	—	—	—	P(R)=0,0175	—	P(R)=0,0156	—
B-L postoperativ	—	—	—	R=0,2729 P(R)=0,0036	—	R=0,2643 P(R)=0,0049	R=0,2069 P(R)=0,0291
B-L'postoperativ	—	—	—	—	—	—	—
B-seel. postop.	—	—	—	R=0,4947 P(R)=0,0000	—	—	R=0,2843 P(R)=0,0024

R: Korrelationskoeffizient
P(R): Irrtumswahrscheinlichkeit
Fallzahl: N=110

Aggression sind, ihren Ärger also lieber in sich hineinfressen und sich abhängig an andere klammern, richten diese Aggression vielleicht eher gegen sich selbst. Sie reagieren psychosomatisch in Form von zusätzlichen Neuerkrankungen.

Mit den Beschwerdelisten, die für die prä- und postoperative Situation ausgefüllt wurden, ergaben sich mehrere Korrelationen (siehe Tabelle 7). Patienten, die sich in Skala 1 (soziale Resonanz) als positiv resonant eingestuft haben, wiesen in der postoperativen Beschwerdeliste für seelische Belange geringere Werte auf. Sie können psychische Probleme in der sozialen Interaktion anscheinend besser aufarbeiten. Im Gegensatz dazu stehen die Patienten mit depressiver Tendenz in Skala 4 (Grundstimmung). Sie zeigen bereits vor der Operation hohe Scores in den Beschwerdelisten B-L, B-L' und B-seelisch. Auch nach der Operation sind ihre Scores in der B-seelisch deutlich erhöht. Die beschränkte Möglichkeit zur Aggressionsentfaltung dürfte auch hier pathogenetisch eine entscheidende Rolle spielen.

Patienten, die im Gießen-Test häufiger den Mittelwert 0 angekreuzt haben, wiesen geringere Scores in den Beschwerdelisten auf. Wer dagegen oft Extremwerte ankreuzte, gab auch in den Beschwerdelisten hohe Werte an (siehe Tabelle 7).

4.4.2 Ergebnisse des Gießen-Tests in den verschiedenen Patientengruppen

Wenden wir uns nun wieder allen vier Patientengruppen zu. Der Gießen-Test wurde auf die unter 3.3. beschriebene Art und Weise angewendet. Die Ergebnisse wurden in den Graphiken 32-39 bildlich wiedergegeben. Zusätzlich wurden die durchschnittlichen T-Werte der einzelnen Patientengruppen auf signifikante Unterschiede untersucht. (siehe Tabelle 8 und 9) Die altersbereinigte Form ist in den Graphiken durch gestrichelte Linien dargestellt.

Skala 1: Soziale Resonanz

Alle vier Patientengruppen glauben in ihrer Umgebung eher negative Resonanz hervorzurufen (siehe Graphik 32 bzw. Tabelle 8). Sie unterscheiden sich dabei sogar signifikant vom Mittelwert der Standardisierungsstichprobe (N=660) des Gießen-Tests.

Man kann sich gut vorstellen, daß Stomaträger eher dazu neigen, sich unattraktiv (J37 des Gießen-Tests) und unbeliebt (J16) zu fühlen.

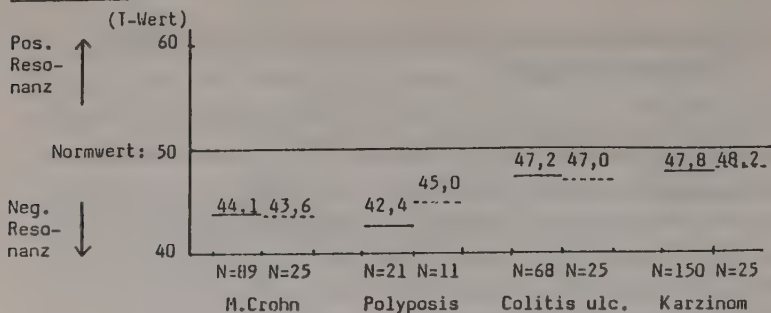
Innerhalb der Anus prater Träger zeigen die Morbus Crohn Patienten signifikant niedrigere Werte, als Colitis ulcerosa und Karzinom Patienten (siehe Tabelle 9). Die Unterschiede zwischen Polyposis Patienten und Colitis ulcerosa und Karzinom Patienten verlieren sich in der altersbereinigten Darstellung.

Skala 2: Dominanz

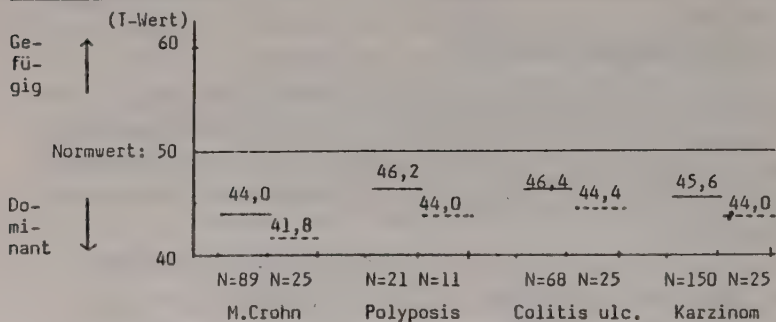
Hier liegen alle Stomaträger auf der dominanten Seite von Skala 2 (siehe Graphik 33). Morbus Crohn und Karzinom Patienten weichen dabei signifikant vom Normwert in Richtung auf Dominanz ab. (siehe Tabelle 9).

Ergebnisse des Gießentestes in den verschiedenen Patientengruppen

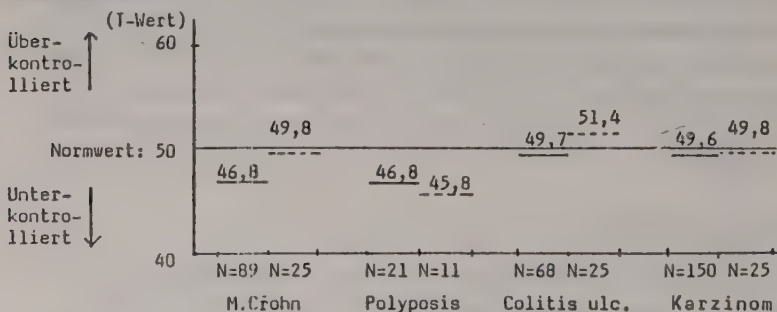
Graphik 32: Skala 1



Graphik 33: Skala 2



Graphik 34: Skala 3



Normwert=50

Standardabweichung=10

— : ohne Altersberücksichtigung

----- : 36-49 jährige Patienten

Innerhalb der Patientengruppen ergaben sich keine wesentlichen Unterschiede.

Skala 3: Kontrolle

Die Werte der Stomapatienten schwanken in relativ engem Bereich um den Normwert (siehe Graphik 34).

Am weitesten in Richtung Unterkontrolliertheit lagen die Polyposis Patienten, besonders in der altersbereinigten Form. Der Unterschied zwischen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa nivellierte sich in der altersbereinigten Form.

Skala 4: Grundstimmung

Alle Anus praeter Träger lagen in Skala 4 auf der Seite der Depressivität (siehe Graphik 35).

Bei den Patienten mit fam. Polyposis war die Abweichung vom Normwert gering. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa und Karzinom Patienten wichen dagegen signifikant davon ab. (siehe Tabelle 8)

Dieses Ergebnis befindet sich im Einklang mit den Resultaten unserer Faktorenanalyse, bei der die Polyposis Patienten ebenfalls den niedrigsten Score aufgewiesen hatten.

Der Unterschied zwischen Morbus Crohn und Polyposis Patienten erreichte Signifikanzniveau.

Skala 5: Durchlässigkeit

Die Werte unserer Patienten gruppieren sich nahe um den Normwert (siehe Graphik 36).

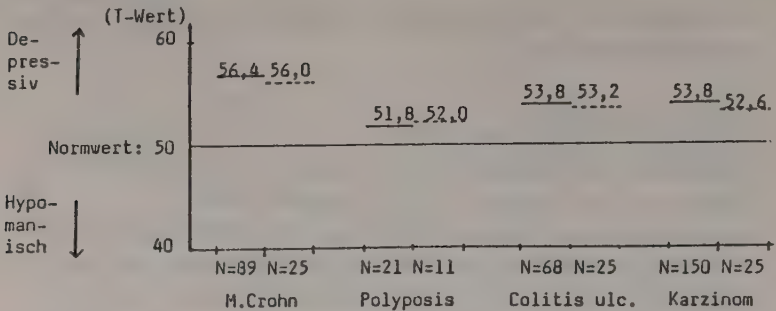
Differenzen ließen sich auch innerhalb der Patientengruppen nicht erheben.

Skala 6: Soziale Potenz

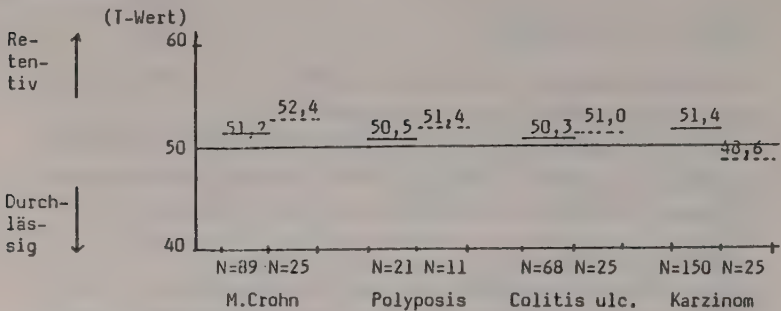
Für Skala 6 gilt das gleiche wie für Skala 5 (siehe Graphik 37).

Ergebnisse des Gießentestes in den verschiedenen Patientengruppen

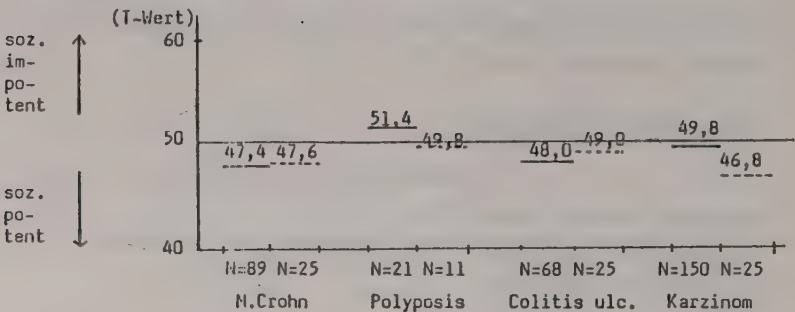
Graphik 35: Skala 4



Graphik 36: Skala 5



Graphik 37: Skala 6



Normwert: T=50

Standardabweichung=10

— : ohne Altersberücksichtigung

----- : 36-49 jährige Patienten

Mittelwerte (0-Ankreuzungen) und Extremwerte

Während die Werte für Morbus Crohn, Colitis ulcerosa und Karzinom Patienten sich eng um den Normbereich gruppieren, zeigen die Polyposis Patienten signifikante Abweichungen davon (siehe Graphik 38 und Tabelle 8).

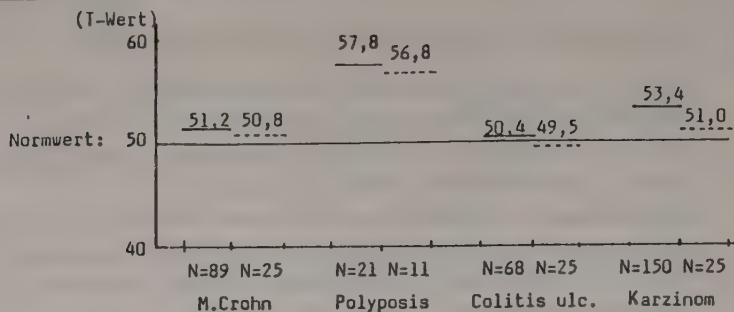
Entsprechend verwendeten sie bei ihren Ankreuzungen selten den Extremwert 3, während Crohn, Colitis und Karzinom Patienten häufiger zu Extremwertankreuzungen tendierten (siehe Graphik 39).

Beckmann und Richter (4) vermuten bei Personen mit häufigen Mittelwert Ankreuzungen eine emotionale Indifferenz gegenüber dem Fragebogen. Häufige Extremwert Ankreuzungen sollen dagegen bei Personen mit Gefühlen von Angst und Hilflosigkeit gewählt werden.

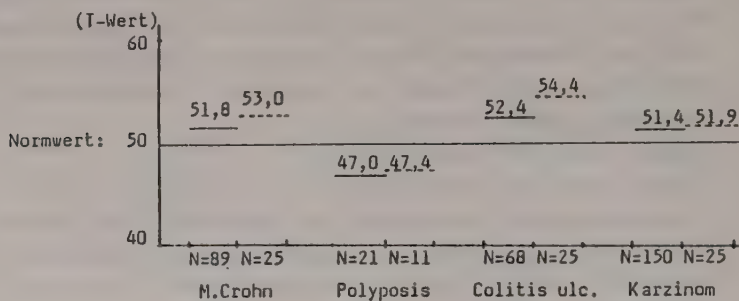
Abschließend sei erwähnt, daß die Abweichungen unserer Patientengruppen vom Normwert nur Hinweise geben können. Da sich diese Abweichungen noch innerhalb einer Standardabweichung bewegen, muß vor Überinterpretation gewarnt werden.

Ergebnisse des Gießentestes in den verschiedenen Patientengruppen

Graphik 38: Mittelwerte



Graphik 39: Extremwerte



Normwert: T=50

Standardabweichung=10

—— : ohne Altersberücksichtigung

---- : 36-49 jährige Patienten

Tabelle 8: Signifikante Abweichungen vom Normwert

		Normwert des Gießen-Test (N=660) bezüglich:
Morbus Crohn	(N=89)	Skala 1: $p=0,0000$ Skala 2: $p=0,0000$ Skala 4: $p=0,0000$ E-Werte: $p=0,0370$
bzw. alterskorrigiert	(N=25)	Skala 1: $p=0,0015$ Skala 2: $P=0,0000$
Fam. Polyposis	(N=21)	Skala 1: $p=0,0000$ M-Werte: $p=0,0000$ E-Werte: $p=0,0150$
bzw. alterskorrigiert	(N=11)	M-Werte: $p=0,0180$
Colitis ulcerosa	(N=68)	Skala 1: $p=0,0190$ Skala 2: $p=0,0075$ Skala 4: $p=0,0036$
bzw. alterskorrigiert	(N=25)	Skala 2: $p=0,0068$
Dickdarmkarzinom	(N=150)	Skala 1: $p=0,0,375$ Skala 2: $p=0,0000$ Skala 4: $p=0,0000$
bzw. alterskorrigiert	(N=25)	Skala 2: $p=0,0042$

Tabelle 8 ist im Zusammenhang mit den Graphiken 32-39 zu sehen. Sie gibt die Signifikanzberechnungen der dort aufgeführten Differenzen der Abweichungen vom Normwert wieder.

Aufgeführt wurden ausschließlich Unterschiede mit Signifikanzniveau $p < 0,05$.

Tabelle 9: Signifikante Unterschiede im Gießen-Test zwischen den Patientengruppen.

	Morb.Crohn	Fam.Polyposis	Colitis ulc.	Karzinom
Morb. Crohn (N=89)	X	Skala 4: p=0,0253	Skala 1: p=0,0535	Skala 1: p=0,0013
Fam. Poly- posis (N=21)	M-Wert: p=0,0061	X	Skala 1: p=0,0529	M-Wert: p=0,0408
Colitis ulc. (N=68)	Skala 3: p=0,0223	M-Wert: p=0,0024	X	—
Karzinom (N=150)	—	Skala 1: p=0,0070	—	X

Irrtumswahrscheinlichkeit: p

5. Diskussion

5.1 Historischer Überblick

Im Jahre 1908 wurde zum ersten Mal die abdomino-perineale Rektumamputation mit der Anlage eines permanenten Colostomas durchgeführt (74). Zur Anlage eines Ileostomas kam es erstmalig 1944 bei einem Patienten mit Colitis ulcerosa (94). Anfangs stand die Verbesserung der Operationstechniken ganz im Vordergrund. Im Rahmen der Fortschritte auf dem Gebiet der Bauchchirurgie dürften auch die damaligen euphorischen Aussprüche der englischen Chirurgen zu sehen sein. Sie glaubten, daß sich die überwiegende Mehrheit der Patienten mit Anus praeter spätestens 6 Monate nach der Operation wieder wie normale Menschen fühlen könnten (69). Auch heute werden in deutschen Lehrbüchern der Chirurgie ähnliche Ansichten vertreten(44).

Seit ca. 30 Jahren mehren sich jedoch kritische Stimmen von Untersuchern, die die psychosoziale Situation von Anus praeter Trägern eingehender erforscht haben. So gingen Sutherland und andere Psychiater in den 50er Jahren der Frage nach, welche Bedeutung das Stoma für das Selbsterleben der Patienten hat (95). Anders als die Chirurgen kümmerten sie sich nicht nur um technische Probleme der Stomaver-sorgung, sondern wiesen darauf hin, daß die Patienten noch einmal die anale Phase der psychosexuellen Entwicklung durchleben müssen. Daß die Art, wie das geschieht, Einfluß auf die Bewältigung des Traumas Anus praeter nimmt, wurde auch in unserer Studie deutlich. Sutherland et al. begegneten dabei auch einer zwanghaft - kontrollierten Verlaufsform (95). Bei 35% ihrer Patienten beobachteten sie anhaltende post-operative Depressionen. Andere legten eine falsche Selbstständigkeit an den Tag, ähnlich unseren Patienten mit der überkompensatorischen Verleugnungshaltung.

Die Angaben über die Häufigkeit postoperativer Sexualstörungen variieren sehr stark in der Literatur. Watts et al. (103) untersuchte 67 weibliche und 41 männliche Patienten mit Ileostoma. Nur 5 Frauen hatten sexuelle Probleme, bei den restlichen 62 Patientinnen seien die sexuellen Beziehungen sogar besser geworden. Bei 11 Männern wurden Störungen der Sexualfunktion beobachtet. Burnham et al. (13) berichten über 175 weibliche und 128 männliche Ileostomaträger. Ungefähr 50 % seiner Patientinnen geben an, daß ihr Stoma sie sexuell behindern würde. Bei den Männern klagen ca. 23 % über schwere Sexualstörungen.

Im deutschsprachigen Raum war Küchenhoff einer der ersten, der die psychosoziale Rehabilitation von Anus praeter-Trägern untersuchte (59). Bei seinen 238 Patienten mit Anus praeter wurde 214 mal das Stoma wegen einem Karzinom und 24 mal wegen einer Colitis ulcerosa angelegt. Mit Hilfe einer Fragebogenaktion und halbstrukturierten Interviews wurde die postoperative Situation mit darmresezierten Patienten verglichen. Er faßte die Aufarbeitung der Konflikte, die sich aus der Anlage eines künstlichen Darmausganges ergeben, in 6 verschiedene Verlaufsformen zusammen.

Sönnichsen (90) untersuchte 1986 167 Karzinom- und 67 Colitis ulcerosa-Patienten mit Anus praeter anhand von Fragebögen. Er konnte ähnliche Verlaufsformen bestätigen.

In unserer Untersuchung hatten wir die Möglichkeit, Morbus Crohn-, Colitis ulcerosa- und Dickdarmkarzinom-Patienten, bei deren Krankheitsätiologie eine psychogene Beteiligung diskutiert wird, mit einer Kontrollgruppe zu vergleichen (3,27,31,34). Für diese Gruppe wurden Patienten mit familiärer Polyposis ausgewählt.

Aufgrund des autosomal dominanten Erbganges (37) können bei diesen Patienten psychogene Einflüsse für die Krankheitsentstehung somit ausgeschlossen werden. Diese Tatsache sollte bei der Betrachtung der Ergebnisse mit in Betracht gezogen werden.

5.2 Analyse der Hypothesen

In der ersten Hypothese wurde postuliert, daß die Patienten die Anlage eines künstlichen Darmausganges persönlichkeitspezifisch mit unterschiedlichen seelischen Antwortmustern verarbeiten.

Durch die Faktorenanalyse konnten fünf verschiedene Verlaufsformen ermittelt werden. Patienten mit hohen Faktor 1-Scores zeichnen sich durch eine geglückte Anpassung an das Leben mit dem Anus praeter aus. Mit Hilfe von Trauerarbeit gelingt es diesen Patienten den Verlust ihrer analen Kontinenz zu verarbeiten und sich bewußt mit der neuen Realität auseinanderzusetzen. Faktor 1 wurde deshalb als reife Verlaufsform bezeichnet.

Weniger günstig imponieren die vier weiteren Reaktionsweisen (Faktor 2-5). Patienten aus der Faktor 2 Gruppe reagieren auf dieselbe Problematik mit depressivem Rückzug, während Patienten mit hohen Faktor 3 Scores völlig auf ihren Anus praeter fixiert sind. Ihr ganzes Leben dreht sich nur noch um die optimale Versorgung ihres Stomas. Eine Verdrängung der realen Verhältnisse findet sich dagegen bei den Patienten mit ausgeprägter Verleugnungshaltung (Faktor 4). Wieder andere Patienten reagieren auf die Anlage des künstlichen Darmausganges mit rollenkonformem Rückzug aus dem gesellschaftlichen Leben in ihre Familien (Faktor 5).

Unterschiedliche Antwortmuster wurden bereits in früheren Untersuchungen beschrieben. Küchenhoff und Wirsching(60) verwendeten 1983 tiefenpsychologische Interviews als Untersuchungsinstrument. Sie konnten dabei ähnliche Verlaufsformen ermitteln. Zusätzlich beschreiben sie noch eine Reaktionsart, bei der die Patienten durch das Stoma einen sekundären Krankheitsgewinn erfahren. Ungewünschter Intimverkehr wurde beispielsweise unter Hinweis auf die Behinderung durch den Anus praeter aufgegeben (60).

Zwei weitere Verlaufsformen werden von Klußmann 1985 beschrieben (54). Er fand paranoide Züge in Form von Phantomvorstellungen über das entfernte Rektum. Außerdem beobachtete er, daß einige Patienten ihrem Stoma einen Namen geben und es zu einer Art zweitem Ich machen, das sie lustvoll mit Libido besetzen, welche sie anderen Beziehungen abziehen.

Diese zusätzlichen Verlaufsformen kamen in unserer Untersuchung nicht zur Darstellung. Der Grund dafür dürfte vor allem in der Beschränkung auf die Fragebogenaktion liegen. Vieles was sich in der persönlichen Interaktion in tiefenpsychologisch orientierten Interviews erfassen läßt, geht in standardisierten Fragebögen allzu leicht unter. Da ein Fragebogen kein so sensibles Instrument darstellt, konnten in unsere Faktoren auch nur gröbere, aber richtungsweisende Tendenzen eingehen. Es konnten in dieser Untersuchung eine gesunde und mehrere pathologische Verlaufsformen nachgewiesen werden. Die erste Hypothese kann somit als bestätigt angesehen werden.

Welche Konsequenzen für das persönliche Leben des einzelnen Patienten hat es überhaupt, ob er eine sogenannte gesunde oder pathologische Reaktionsweise bezüglich des Stomas eingeschlagen hat?

Die zweite Hypothese postulierte, daß Patienten, die den Verlust der analen Sphinkterkontrolle und die teilweise Entfernung des Körperorgans Darm psychisch reif verarbeiten, postoperativ weniger unter neuen Beschwerden leiden als Patienten mit weniger adäquaten Antwortmustern.

Patienten mit der reifen Verlaufsform (Faktor 1) müßten demnach weniger postoperative Beschwerden aufweisen als Patienten mit den pathologischen Verlaufsformen (Faktor 2-5). Diese Hypothese konnte durch die Ergebnisse weitgehend untermauert werden.

Für Patienten mit hohen Faktor 1 Scores ergeben sich nach der Operation deutlich niedrigere Werte auf der Beschwerdenliste B-L (siehe Figur 1). Das gleiche gilt auch für das Auftreten von neuen postoperativen Beschwerden (siehe Figur 20). Sowohl innerhalb eines Jahres nach der Operation, als auch später zeigen diese "reifen" Persönlichkeiten weniger neuauftretene Beschwerden.

Patienten, denen eine Anpassung an das Leben mit dem Anus praeter geglückt ist, die diesen Eingriff bewußt verarbeiten konnten, reagieren jedoch nicht nur im körperlichen harmonisch. Sie zeichnen sich auch durch ein höheres psychisches Wohlbefinden aus. Im Gießen-Test geben sie an, daß sie sich selten bedrückt oder abhängig fühlen und ihrem Ärger Luft verschaffen, wenn dies nötig ist (Skala 4: Grundstimmung). Im sozialen Bereich (Skala 6: soziale Potenz) fühlen sich diese Patienten eher gesellig, sexuell unbefangen und fähig zu dauerhaften Beziehungen.

Hier wird die enge Verzahnung von Soma und Psyche deutlich. Dabei gilt nicht nur der Satz, daß sich in einem gesunden Körper ein gesunder Geist findet. Auch die psychische Verarbeitung und Bewältigung körperlicher Traumatisierung scheint entscheidenden Einfluß auf das Soma nehmen zu können.

Betrachten wir nun die anderen Persönlichkeitstypen, die größere Probleme bei der Aufarbeitung des operativen Eingriffes aufweisen. Sie wurden weiter oben als pathologische Verlaufsformen bezeichnet. Hierunter fallen die Patienten mit hohen Scores in den Faktoren 2-5.

Eine Zunahme postoperativer körperlicher Beschwerden findet sich vor allem bei Patienten, die zwanghaft auf ihren Anus praeter fixiert sind (Faktor 3) und bei denjenigen, die mit einem rollenkonformen Rückzug reagieren (Faktor 5). Auf der Beschwerdenliste B-L für postoperative Beschwerden fallen sie durch signifikant erhöhte Werte auf.

Bei den Patienten mit rollenkonformen Rückzug sind gehäuft neue Krankheiten bereits während des ersten Jahres nach der Operation aufgetreten.

Auch hier findet sich die Korrespondenz im emotionalen Bereich wieder. Patienten mit hohen Faktor 3 bzw. 5 Scores zeichnen sich im Gießen-Test durch eine ausgeprägt depressive Grundstimmung aus. Patienten mit starker Fixierung auf ihren Anus praeter liegen auch im Gießen-Test auf der retentiven Seite. Beckmann und Richter beschreiben diese Menschen als verschlossen, mißtrauisch und zwanghaft. Sie halten krampfhaft an dem fest, was sie in sich haben. Man bleibt damit zwar isoliert, kann aber auch nicht von außen ausgeleert oder gar kaputtgemacht werden (4).

Überwiegend psychischer Natur sind die Probleme bei den Patienten, die sich einem depressiven Rückzug hingeben. (Faktor 2). Neben einer ausgeprägt depressiven Komponente im Gießen-Test weisen sie hohe Werte in der Beschwerdenliste B (seelisch) für emotionale Probleme auf. Eine hohe Korrelation von Alter und Faktor 2 weist darauf hin, daß der Weg des depressiven Rückzugs bevorzugt von älteren Patienten eingeschlagen wird.

Schwierigkeiten bereitet die Beurteilung der Patienten mit Überkompensatorischer Verleugnungshaltung (Faktor 4). Sie geben postoperativ weder eine Zunahme körperlicher, noch seelischer Beschwerden an. Im Gegenteil, sie halten sich für anziehend und selten bedrückt. Dies scheint auf den ersten Blick unserer Hypothese zu widersprechen, da der Faktor 4 unter die pathologischen Verlaufsformen eingereiht wurde. Es gibt jedoch berechtigten Anlaß, die mangelhafte Angabe von Beschwerden bei dieser Patientengruppe in Frage zu stellen.

Stellt man die Patienten mit ausgeprägter Verleugnungshaltung denjenigen mit der reifen Verlaufsform gegenüber,

zeichnen sich wesentliche Unterschiede ab. Betrachtet man beispielsweise die Einstufung auf der Skala 4 (Grundstimmung) des Gießen-Tests, so liegen die reifen Persönlichkeiten zwar im hypomanischen Bereich, jedoch nahe des Normalwertes. Die "Verleugner" finden sich dagegen weit im Hypomanischen. Beckmann und Richter beschreiben diese Patienten als selten bedrückt und wenig zur Selbstkritik oder Selbstreflexion neigend (4). Wer all seine Probleme verdrängt, kann diese auch nicht mehr wahrnehmen.

Bei unseren Patienten äußert sich der Unterschied zwischen verarbeiteten und verdrängten Problemen auch in realen Beschwerden. Hohe Scores für die reife Verlaufsform korrelieren signifikant mit wenigen postoperativen Beschwerden (siehe Figur 20). Diese Korrelation findet sich beim Faktor 4 (Verleugnungshaltung) nicht.

Durch die Bestätigung der zweiten Hypothese wird die entscheidende Rolle der psychischen Verarbeitung eines künstlichen Darmausganges unterstrichen. Körperliche und seelische Gesundheit hängen stark von Trauerarbeit und psychischer Verarbeitung ab.

Es stellt sich nun die Frage ob sich die einzelnen Patientengruppen hinsichtlich dieser psychischen Verarbeitung – mit allen somatischen Konsequenzen – voneinander unterscheiden. Werden das Operationstrauma und seine Folgeerscheinungen prinzipiell von allen Patienten gleichartig erlebt, oder gibt es für vier verschiedenen Diagnosegruppen jeweils vorherrschende Bewältigungsmuster?

Hat der Verlust des natürlichen Afters für alle Patienten die gleiche psychodynamische Bedeutung von Schamgefühlen und Autonomieverlust, oder kommt bei den psychosomatisch Kranken dem Rektum eine besondere Rolle als einem somatischen Austragungsort psychischer Konflikte zu? Dann könnten diese psychisch Kranken auch durch eine Darmope -

ration letztendlich nicht geheilt werden. Die Symptome würden dann nur verlagert werden.

Wenden wir uns zur Klärung dieser Fragen der dritten Hypothese zu. Dort hatten wir für die fraglichen Psychosomatosen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa) größere Probleme bei der Bewältigung des Traumas Anus praeter postuliert, als bei Patienten mit rein somatischen Vorerkrankungen wie der familiären Polyposis.

Psychogene Momente wurden bei der Entstehung der Colitis ulcerosa und des Morbus Crohn immer wieder diskutiert. Als einem der ersten war Murray 1930 eine psychopathologische Konstellation bei seinen Patienten aufgefallen (78). Groen 1940 beschreibt seine Colitis ulcerosa-Patienten als intelligent, übermäßig vorsichtig, empfindsam und leicht verletzlich, sowie aggressionsgehemmt und infantil von einer Bezugsperson abhängig (39). Bräutigam unterscheidet bei seinen Patienten noch eine aktive und eine passive Gruppe (10). Beiden gemeinsam ist eine infantile Bindung an die Mutter und ein damit verbundenes mangelndes Selbstwertgefühl. Die Patienten der aktiven Gruppe verdrängen ihre infantile Abhängigkeit durch eine übertriebene Demonstration betonter Selbstständigkeit.

Die Beschreibung einer kontrollierenden und dominierenden Mutter zieht sich fast einheitlich durch die gesamte Literatur. Der persönliche Individuationsprozeß wird durch diese Mutter bereits in frühester Kindheit gestört. Während der Reinlichkeitserziehung zwingen sie das Kind, nichts zurückzubehalten und immer zu geben, sich der Außensteuerung zu beugen. Die Loslösung von einer derartigen Mutter bleibt diesen Menschen zeitlebens versagt. Auch im Erwachsenenalter werden in Partnerschaften Ersatzfiguren gesucht, die diese Mutterrolle weiterspielen (26). Der Verlust einer solchen überdimensionalen Mutterfigur wird von vielen Autoren als mögliche Auslösesituation für die Darmerkrankung

angesehen. Häufig beginnt die Darmsymptomatik bereits wenige Stunden bis Tage nach einem derartigen Objektverlust (27).

Beim Morbus Crohn sind die psychoätiologischen Zusammenhänge bislang weniger erforscht worden als bei der Colitis ulcerosa. Interessanterweise scheinen beide Patientengruppen jedoch in ihrer prämorbidem Struktur weitgehend übereinzustimmen (64).

Als erster hatte Bockus 1945 eine emotionale Unreife und Ängstlichkeit bei seinen Patienten beschrieben (6). Andere Untersucher wiesen später immer wieder auf den zeitlichen Zusammenhang zwischen einem Konflikt und dem folgenden Krankheitsschub hin (36, 80).

Bei den Morbus Crohn-Patienten sind vor allem Abhängigkeitsprobleme und Trennungsängste für die Konfliktauslösung verantwortlich (17). Ford sieht die Ursache dieser Abhängigkeitsproblematik in einer gestörten Mutter-Kind Beziehung (32). Die Mütter der Patienten werden als sehr ängstlich, zwanghaft und unfähig, die Kinder mit Wärme und Geborgenheit zu umgeben, beschrieben. Wirsching findet bei zwei Drittel der von ihm untersuchten Familien einen besonders stark ausgeprägten familiären Zusammenhalt. Die psychische Individualität ist äußerst eingeschränkt, die Entwicklungsfähigkeit der einzelnen Familienmitglieder sehr behindert und die ganze Familie isoliert sich gegenüber ihrer Umwelt (109).

Nach der Schilderung mehrerer Autoren (32, 83, 103) zeichnen sich die Morbus Crohn-Patienten durch eine äußere Lockerheit aus, die jedoch als Pseudounabhängigkeit bezeichnet werden muß. Allzu oft verbergen sich nämlich hinter dieser Fassade große Ängste vor Beziehungsverlusten oder Befürchtungen, die anstehende Selbstständigkeit und Verantwortung nicht tragen zu können.

Häufig sind die Morbus Crohn-Patienten aggressionsgehemmt, zwanghaft und depressiv, aber auch schizoid-hysterische Züge mit Labilität und emotionaler Unreife werden beschrieben (88).

Freilich handelt es sich bei den erwähnten Charakterstrukturen um Tendenzen, die sich nicht pauschal bei allen Morbus Crohn Patienten in voller Ausprägung finden werden.

Zander konnte bei Colitis ulcerosa- und Morbus Crohn-Patienten eine signifikante Vermehrung der Darmgeräusche ausschließlich beim Ansprechen eines Abhängigkeits-Unabhängigkeitskonfliktes des privaten Lebensbereiches nachweisen. Bei Gesprächen über berufliche Verausgabungssituationen und bei Normalpersonen ließ sich dagegen keine Zunahme der Darmgeräusche feststellen (111). Es bleibt abzuwarten, ob weitere Untersuchungen mehr Klarheit über die Ätiologie dieses wahrscheinlich multifaktoriellen Krankheitsbildes bringen werden.

Zu welcher Gruppe die Karzinom-Patienten zu zählen sind, ist in der Literatur umstritten. Eine Einflußnahme psychogener Aspekte auf das Krankheitsgeschehen wurde bereits von Galen (190 n. Chr.) beschrieben. Er hatte beobachtet, daß melancholische Frauen häufiger an Brustkrebs erkranken als sanguinische. Ähnliche Schriftstücke existieren aus dem 18.- und 19. Jahrhundert.

In den letzten Jahren wurden vor allem von Bahnson umfangreiche Studien zur Abklärung psychogener Krankheitsursachen beim Krebsgeschehen durchgeführt (2, 3). Er konnte bei Krebspatienten charakteristische Persönlichkeitskonstellationen feststellen. Hierzu zählt er dynamische Abwehrmechanismen wie Verneinung und Verdrängung sowie internalisierte gesellschaftliche und moralische Verpflichtungen von hoher Verbindlichkeit. Die Patienten seien zwar extrovertiert, aber dennoch zur Verdrängung neigend und unwillig, über die eigenen inneren Gefühle zu reflektieren (3).

Bahnson macht hierfür regressive Abwehrprozesse des Ich verantwortlich, die auf Störungen in der frühen Kindheit zurückgehen. Häufig stammen die Patienten aus einem Elternhaus, in dem den Kindern mit ausgesprochener Gefülskälte entgegengetreten wird. Die Kinder passen sich an und verdrängen schließlich ihre Bedürfnisse nach Elternliebe und Anerkennung. Werden diese Menschen dann im späteren Leben mit einem Verlust- oder Frustrationserlebnis konfrontiert, kann es durch somatische Regression zu Krebs kommen. Über neurologische, endokrinologische und immunologische Faktoren entsteht dann eine spezifische Abwehrschwäche des Körpers, die eine Proliferation von entarteten Zellen ermöglicht. Anhand von Fragebögen konnte Bahnson u.a. mit 95%-iger Sicherheit Krebspatienten von einem Normalkollektiv unterscheiden (2, 3).

Andere Autoren zweifeln Bahnson's Ergebnisse an. Sie verweisen darauf, daß die Krebsinzidenz bei Probanden, die eine konfliktreiche Kindheit durchgemacht und erhebliche Schicksalsschläge erlitten hatten, nicht erhöht sei (10). Auch in den Standardwerken der Inneren Medizin werden psychogene Faktoren nicht erwähnt (43).

Wenn Bahnson's Ansatz auch für unsere Patienten zutrifft, müßten die Krebspatienten besonders hohe Scores in Faktor 4 (Verleugnung) aufweisen. Dies kann in unserer Untersuchung jedoch nur für die "jungen" Patienten mit Rektumkarzinom bestätigt werden. In der Gruppe der 36-49 jährigen Patienten fallen die Karzinom-Patienten tatsächlich durch die höchsten Werte im Verleugnungsfaktor auf (siehe Graph. Nr. 20). Werden auch die älteren Karzinom-Patienten mit- einbezogen, treten diese Merkmale in den Hintergrund und die Colitis ulcerosa-Patienten sind bezüglich der Verleugnungstendenzen führend (siehe Graphik Nr. 15).

Es wäre vorstellbar, daß durch den im Alter schwächer werdenden Immunapparat, im Synergismus mit sich im Laufe

des Lebens akkumulierenden karzinogenen Noxen, Krebsgeschwüre auch leichter ohne psychogene Beteiligung zur Entwicklung kommen können; für das Krebsgeschehen in jungen Jahren dagegen psychische Faktoren verstärkt in den Vordergrund treten. Eine eindeutige Aussage über das Krebsproblem in psychosomatischer Hinsicht kann an Hand dieser Ergebnisse, die sich ja nur auf Patienten mit reseziertem Rektumkarzinom beziehen, nicht gegeben werden.

In der Literatur werden der Morbus Crohn, die Colitis ulcerosa und mit Einschränkung das Karzinom zu den psychosomatisch mitverursachten Krankheiten gezählt (3, 27, 31). Die familiäre Polyposis stellt dagegen eine genetische Erkrankung dar (37).

Eine Bestätigung der dritten Hypothese würde daher im Einklang mit den Ergebnissen aus der psychosomatischen Forschung stehen. Wenden wir uns zur Klärung dieses Sachverhaltes den Krankheitsverläufen der vier verschiedenen Diagnosegruppen zu.

Betrachtet man die Aufschlüsselung der Faktoren nach den Patientengruppen, werden die Unterschiede vor allem in der reifen Verlaufsform (Faktor 1) deutlich. Die Polyposis-Patienten weisen die weitaus höchsten Faktor 1-Scores auf (siehe Graphik 17). Der Faktor 1 wurde eingangs als reife Verlaufsform bezeichnet (siehe 4.2), da in diesen Faktor vor allem die Variablen eingehen, die eine bewußte Aufarbeitung mit den sich aus dem Anus praeter ergebenden Problemen widerspiegeln.

Die Morbus Crohn-, die Colitis ulcerosa- und die Karzinom-Patienten imponieren in diesem Faktor mit erheblich geringer ausgeprägten Werten als die Patienten mit fam. Polyposis. Entsprechend sind die Polyposis-Patienten bei dem Faktor 2 (depressiver Rückzug) mit den niedrigsten Werten vertreten (siehe Graphik 18).

Anstatt zu resignieren und sich in die Depression zurück-zuziehen, neigt diese Patientengruppe mehr zur bewußten Auseinandersetzung mit der veränderten Realität. Daß es sich bei den Polyposis-Patienten dabei nicht nur um ein "nicht Wahrnehmen" von Problemen handelt, wird unter anderem auch an ihren niedrigen Werten im Faktor 4 sichtbar (Verleugnung: siehe Graphik 20).

Geht man davon aus, daß eine gesunde Psyche auch Auswirkungen auf das körperliche Wohlbefinden der Patienten hat, müßten die Patienten mit familiärer Polyposis auch postoperativ diejenigen Patienten mit den wenigsten körperlichen Beschwerden sein. Die Ergebnisse aus der Analyse der innerhalb des ersten postoperativen Jahres neu aufgetretenen Beschwerden steht damit im Einklang (siehe Graphik 22 u. 24).

Die Polyposis-Patienten haben im ersten Jahr nach der Operation signifikant weniger unter neuen, unabhängig von der Grundkrankheit aufgetretenen Beschwerden zu leiden, als Morbus Crohn- und Colitis ulcerosa-Patienten.

Verhältnismäßig wenig Beschwerden werden auch von den Karzinom-Patienten angegeben. Aufgrund der zumindest bei den jüngeren Krebspatienten beobachteten stärker ausgeprägten Verleugnungshaltung sollte diesen Angaben mit Vorsicht begegnet werden. Es wäre denkbar, daß diese Patienten nur weniger Beschwerden zugeben.

Eindeutiger liegen die Verhältnisse bei den Morbus Crohn- und Colitis ulcerosa-Patienten. Sie weisen im ersten postoperativen Jahr bereits 3-5 mal mehr neue Beschwerden auf, als die Patienten mit der familiären Polyposis. Es liegt nahe, die erhöhte Beschwerdenrate dieser beiden Patientengruppen – im Sinne einer Bestätigung der dritten Hypothese – krankheitsfördernden psychodynamischen Impulsen anzulasten. Bevor diese Schlußfolgerung gezogen werden kann, muß jedoch

die Art dieser Beschwerden und mögliche Zusammenhänge zur Grundkrankheit bzw. Operationstechnik beleuchtet werden.

Im Vordergrund stehen bei den meisten Patientengruppen Hauterscheinungen und Juckreiz im Stomabereich. Eine Unverträglichkeit auf die Klebebeutel am künstlichen Darmausgang dürfte hierfür die wahrscheinlichste Ursache sein. Ebenfalls sehr häufig sind Nieren- und Harnwegserkrankungen. Diese Erkrankungen sind nach Prokto- bzw. Kolektomie bekannt (107).

Während der Heilungsphase kann es im retro- und intra-peritonealen Raum zu Vernarbungs und Schrumpfungsprozessen, mit Einengung der Urether und der Urethra kommen. Die Folgen können Restharnbildung, Harnstauung und aufsteigende Harnwegsinfekte sein. Besonders bei radikalen Operationstechniken kann es zur partiellen Denervierung der Harnblase kommen. Dementsprechend sollte man diese Komplikation vor allem bei den Patienten mit Rektumkarzinom erwarten.

Tatsächlich finden sich diese Beschwerden mit 8,4% (90) als häufigste Komplikation der Krebspatienten im ersten postoperativen Jahr. Noch häufiger werden diese Beschwerden jedoch bei den Colitis ulcerosa-(11,9%) (90) und den Morbus Crohn-Patienten gefunden (11,1%) (siehe Tab.3). Bei den Patienten mit familiärer Polyposis finden sie sich dagegen überhaupt nicht (0%) (siehe Tab. 3), und dies, obwohl unsere Polyposis-Patienten dieselbe Operationstechnik wie die Colitis ulcerosa-Patienten erfahren haben, nämlich die radikale Proktokolektomie.

Dies kann als weiteres Indiz dafür gewertet werden, daß für die Auftretenswahrscheinlichkeit von postoperativen Komplikationen außer der Operationstechnik noch andere prädisponierende Faktoren eine Rolle spielen. Als einer dieser Faktoren kann den Ergebnissen nach eine psychogene Beteiligung vermutet werden.

Welchen Stellenwert diese psychogene Variable einnimmt, läßt sich nicht exakt festlegen, da auch andere Faktoren wie präoperativ geschädigtes Gewebe oder crohn- bzw. colitispezifische Krankheitsfaktoren hier mitwirken.

So sind eine Reihe von extraintestinalen Begleitkrankheiten beim Morbus Crohn und der Colitis ulcerosa bekannt, die sich jederzeit zur Grunderkrankung hinzugesellen können. Zu den häufigsten gehören Beschwerden aus dem rheumatischen Formenkreis sowie Haut- und Lebererkrankungen (43). Kein Wunder, daß auch unsere Patienten bereits im ersten postoperativen Jahr rheumatische Krankheiten als dritthäufigste Beschwerde angeben (siehe Tab. 3).

Ob es nach der chirurgischen Entfernung des erkrankten Darmabschnittes zu einer psychogen bedingten Symptomverschiebung bei Morbus Crohn- und Colitis ulcerosa-Patienten kommt, kann nicht sicher objektiviert werden, wenn auch einige der oben aufgeführten Ergebnisse in diese Richtung weisen.

In der Literatur sind ähnliche Phänomene immer wieder beschrieben worden. Groen, Bastiaans und van der Valk führten den Begriff "syndrom shift" ein (40). Sie beschreiben das zeitlich unmittelbare Abwechseln zweier psychischer Syndrome untereinander sowie einen shift vom Psychischen zum Somatischen und umgekehrt. Lopez Ibor beobachtete einen Wechsel von Asthma und Depression und machte dafür kortikoviscerale Beziehungen verantwortlich (71). Spiegelberg fand eine Syndromenalterierung bei der Colitis ulcerosa mit Asthma bronchiale, Urticaria, Adipositas, Ekzem und Hypertonie (92). Puhl hatte an kolektomierten Colitis ulcerosa Patienten eine Verschiebung ins Psychopathologische festgestellt (81). Klußmann berichtet über Colitis ulcerosa-Patienten, die nach Proktokolektomie eine essentielle Hypertonie entwickelten (52, 54). Er führt die Suche nach einem neuen

Erfolgsorgan auf innere Leere und tiefe Depression des Selbst zurück. Der Colitis-Kranke fühle sich durch die Operation ausgebeutet, weil er noch mehr von seinem Körper hergeben mußte.

Die Liste der Autoren, die ähnliche Beobachtungen gemacht haben, ließe sich ebenso weiterführen wie die derjenigen, die Gegenteiliges beobachtet haben. Unsere Ergebnisse stehen eher im Einklang mit denen der oben aufgeführten Autoren. Sie sind jedoch aufgrund fehlender tiefenpsychologischer Interviews und nicht sicher abgrenzbarer internistischer Komplikationen anfechtbar.

Festzuhalten bleibt erstens, daß die Morbus Crohn- und Colitis ulcerosa-Patienten während des ersten Jahres nach der Operation häufiger unter Zweitkrankheiten zu leiden haben als die Krebspatienten. Am wenigsten sind die Patienten mit familiärer Polyposis von Zweitkrankheiten betroffen. Zweitens zeigen die Polyposis-Patienten, wie weiter oben ausgeführt, auch psychisch die reifste Verlaufsform im Sinne einer bewußten Auseinandersetzung mit der durch den Anus praeter neu geschaffenen Realität und deren Bewältigung. Die dritte Hypothese kann somit als weitgehend bestätigt angesehen werden.

Auf die besondere Stellung der Karzinom-Patienten wurde bereits weiter oben eingegangen. Speziell die jungen Karzinom-Patienten waren durch ihren hohen Verleugnungsscore im Faktor 4 in Kombination mit niedrigen Scores im Faktor 1 (reife Verlaufsform) aufgefallen.

Würde man davon ausgehen, daß es sich beim Krebsgeschehen um eine rein organische Erkrankung handelt, sollte man zumindest während der präoperativen Zeit eine den Polyposis-Patienten ähnliche Struktur erwarten. Oftmals fällt der Zeitpunkt der Diagnosestellung bei den Krebspatienten in den unmittelbaren Zeitpunkt vor der Operation. Der Krebskranke weiß bis zu diesem Zeitpunkt also noch nichts von dem ihm bevorstehenden Schicksal.

Für einen präoperativen Vergleich von Karzinom- und Polyposis-Patienten stehen uns nur die Beschwerdenlisten zur Verfügung, die im Zeitraum vor der Operation ausgefüllt wurden.

Die Patienten mit der familiären Polyposis liegen auf den Listen L und L' im Bereich der Normalbevölkerung und weisen auf der Beschwerdenliste-seelisch die niedrigsten Werte auf (siehe Graphik 26-28). Dagegen weisen gerade die jungen Karzinom-Patienten Werte auf, die zwar nicht die von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa erreichen, aber dennoch erheblich über der Norm liegen (siehe Graphik 26-28).

Die genaue Abklärung dieser Auffälligkeit war im Rahmen dieser Studie nicht möglich. Unsere Ergebnisse stehen jedoch im Einklang mit denen anderer Autoren, die psychische Auffälligkeiten von Krebspatienten beschrieben haben (2, 3).

5.3 Weitere Ergebnisse

Außer den eingangs erwähnten Hypothesen sollen einige zusätzliche Ergebnisse hervorgehoben und diskutiert werden.

Als erstes sei auf die Rolle der präoperativen Aufklärung sowie der prä- und postoperativen Betreuung der Patienten hingewiesen. Es zeigte sich, daß Patienten, die vor der Operation nicht genügend über den geplanten Eingriff und seine möglichen Auswirkungen aufgeklärt wurden, bzw. später schlecht betreut werden, nach der Operation mehr Beschwerden (gemessen an den Beschwerdenlisten L und L') aufweisen als gut versorgte Patienten (siehe Tab. 7).

Viele Probleme, die sich aus der Anlage eines Stomas ergeben, sind besser zu bewältigen, wenn man einerseits vor der Operation über mögliche Konsequenzen aufgeklärt wird und auch nach der Operation mit diesen Problemen nicht alleine bleiben muß. Eine psychologisch geschulte Stomatherapeutin und Selbsthilfegruppen wie die Deutsche Ilco können hier von großem Wert sein.

Wie sich aus der Korrelation des Betreuungsindex mit Faktor 2 (depressiver Rückzug) und Faktor 3 (zwanghafte Fixierung auf den Anus praeter) ergibt, neigen schlecht betreute Patienten signifikant häufiger zu depressivem Rückzug und einer zwanghaften Fixierung auf ihren Anus praeter.

Hier sollte in Zukunft eine bislang oft bestehende therapeutische Lücke geschlossen werden. Die Patienten müssen aus einer in die Depression führenden Isolation befreit werden, in der sich ihre Gedanken nur noch um den künstlichen Darmausgang drehen.

Wie aus einer positiven Korrelation von Alter und Faktor 2 abzulesen ist, neigen ältere Patienten noch ausgeprägter zu diesem depressiven Rückzug.

Laienhelfer, niedergelassene Ärzte und die Nachsorgeabteilungen der Kliniken könnten auf dem Gebiet der postoperativen Betreuung noch große Dienste leisten. Frühzeitige Prävention würde in vielen Fällen Komplikationen, neu auftretende Beschwerden und eine Isolation der Patienten verhindern.

Küchenhoff und Wirsching weisen auf die besondere Verantwortung von Ärzten und Pflegepersonal in dieser Zeit der prä- und postoperativen Depression hin (60). Sie empfehlen, die Patienten offen, aber zugleich einfühlsam über die Operation aufzuklären. Die Trauerphase darf in dieser Zeit nicht oberflächlich hinweggeredet oder durch dämpfende Psychopharmaka unterdrückt werden.

Zuletzt sei auf die Ergebnisse des Gießen-Tests eingegangen. Es zeigte sich, daß alle vier Patientengruppen von Anus praeter-Trägern signifikant häufiger als die Normalbevölkerung glauben, in ihrer Umwelt negative Resonanz hervorzurufen (siehe Graphik 32). Man kann sich vorstellen, daß Stomaträger eher dazu neigen, sich unattraktiv (Item 37) und unbeliebt (Item 16) zu fühlen.

Alle Anus praeter-Träger liegen auf Skala 2 auf der Seite der Dominanz und auf Skala 4 auf der Seite der Depressivität. Während die Abweichung bei den Patienten mit familiärer Polyposis jedoch nur gering ist, weichen Morbus Crohn-, Colitis ulcerosa- und Karzinom-Patienten in ihrer Depressivität signifikant von der Normalbevölkerung ab (siehe Graphik 35).

Auch mit den postoperativen Beschwerden ließen sich signifikante Korrelationen herstellen (siehe Tabelle 7). Gefügte und depressive Patienten haben deutlich mehr unter dem Auftreten von Neuerkrankungen und Beschwerden nach der Operation zu leiden. Menschen, die unfähig sind, mit eigenen Aggressionen umzugehen, ihren Ärger lieber in sich

hineinfressen und sich abhängig an andere klammern, richten diese Aggressionen gegen sich selbst. Sie reagieren psychosomatisch in Form von zusätzlichen Neuerkrankungen.

5.4 Schlußwort und therapeutischer Ausblick

Viele Fragen müssen nach dieser Studie noch offen bleiben. Es entspricht jedoch dem systematischen Ansatz in der Medizin allgemein, daß eine Grenzziehung zwischen psychiatrischen, neurotischen, psychosomatischen und organischen Erkrankungen in vielen Fällen nicht möglich ist (9). Besonders die fließende Grenze zwischen psychosomatisch und organisch wurde in der vorliegenden Arbeit deutlich.

Uexküll verweist darauf, daß die heutige Medizin noch durch zwei Paradigmata gekennzeichnet ist, die sich gegenseitig ausschließen: die Maschinendefinition für den Körper und das Freud'sche Paradigma für die Seele. Die Konsequenz ist eine dualistische Medizin, nämlich eine für Körper ohne Seelen und eine andere für Seelen ohne Körper (101).

Uexküll vertritt die Ansicht, daß die Ärzteschaft Abschied nehmen muß von der Vorstellung, es gäbe so etwas wie eine körperliche Welt, in der durch Eingriffe der Chirurgen oder Fernwirkungen von Arzneimitteln die Maschine Mensch manipulierbar wird. Auf der anderen Seite wiederum stehen die Psychoanalytiker, die, auch wenn sie Ärzte sind, auf die Behandlung der Körper ihrer Patienten verzichten. Sie fassen ihre Patienten nicht an, verschreiben keine Medikamente und vermeiden es überhaupt, von dem Körper ihrer Patienten Kenntnis zu nehmen (101).

Freyberger schlägt in diesem Zusammenhang vor, daß Internisten und Psychosomatiker regelmäßig im klinischen Alltag Patienten gemeinsam behandeln (35). Dadurch wird auch der Psychoanalytiker ständig mit der internistischen Behandlung konfrontiert. Er vermag dann deren komplexe Problematik zu sehen und damit situationsgerecht seine Psychotherapien anzuwenden, ohne in irrealer Psychogeniephantasien zu verfallen. Die "Meinungsverschiedenheiten

zwischen beiden Parteien lassen sich eigentlich nur dadurch lösen, daß regelmäßig Patienten gemeinsam gesehen werden" (35).

Anhand einer Bestätigung der dritten Hypothese konnte gezeigt werden, daß die Vertreter der Krankheiten mit psychogener Teilgenese auch nach der Operation, sowohl im körperlichen wie im seelischen Bereich, stärker leiden als psychisch gesunde Patienten.

Für den Patienten mit Colitis ulcerosa ist nach der Proktokolektomie das "Darmproblem" sozusagen gelöst. Neben der körperlichen Genesung tritt deshalb auch bald eine merkliche psychische Besserung ein. Zwar bleiben bei dem Patienten auch nach der Operation die symptomatologischen Auswirkungen seiner neurotischen Fehlentwicklung unvermindert bestehen dennoch erfährt diese Psychopathologie insofern eine quantitative Verminderung, als die subjektiv ebenfalls erheblich beeinträchtigenden, sekundär psychischen Veränderungen infolge der vorher manifesten Kolitiserkrankung jetzt weitgehend fortfallen (34).

Für den Morbus Crohn-Patienten sieht die Situation ungünstiger aus. Einerseits kann bei ihm der gesamte Gastrointestinaltrakt befallen werden, andererseits können sich komplizierend Fisteln und andere Beschwerden hinzugesellen. Die Folgen sind rezidivierende Eingriffe, bei denen immer mehr vom Darm entfernt wird. Einer der von uns untersuchten Patienten hatte bereits über 20 operative Eingriffe wegen seines Morbus Crohn hinter sich.

Was können daraus für therapeutische Konsequenzen gezogen werden? Kann Psychotherapie hier Hilfe leisten? Während bei der Colitis ulcerosa ausführliche Untersuchungen über positive Effekte von Psychotherapie schon längerer Zeit vorliegen (20, 33), wurden über diesbezügliche Erfahrungen beim Morbus Crohn erst in neuester Zeit berichtet.

Freyberger et. al. haben in den letzten Jahren kontrollierte Psychotherapiestudien an Morbus Crohn-Patienten durchgeführt (35). Eine Patientengruppe erhielt eine internistische Behandlung, die andere zusätzlich zur internistischen noch eine Psychotherapie. Angewendet wurde die supportive Psychotherapie, die je nach Fortschritt der Patienten in eine konfliktbearbeitende Therapie überging. In der Patientengruppe, die zusätzlich psychotherapeutisch unterstützt wurde, konnte eine signifikante Verringerung der Depressivität sowie eine Reduktion der allgemeinen Angst und eine Abnahme des Crohnschen Aktivitätsindex von Hees nachgewiesen werden (35).

Auch Feiereis 1986 verweist auf Erfolge bei Morbus Crohn-Patienten mit psychotherapeutischen Verfahren (31). Er versucht bei seinen Patienten durch ein supportives Empathiegespräch, welches Zuwendung und Geborgenheit vermittelt, eine stabile Arzt-Patient Beziehung aufzubauen. Bald darauf wird mit täglichen Übungen des autogenen Trainings fortgefahren (38). Zusätzlich wird - den Einzelfall beachtend - Krankengymnastik, konzentriative Bewegungstherapie und improvisierende Musiktherapie angewendet.

Über diese körpernahen Therapieformen soll die Wahrnehmung des eigenen Körperbildes erweitert werden und ein Zugang zur Einflußnahme auf die primären und sekundären psychischen Vorgänge gewonnen werden. Im Vordergrund steht dann stützende Gesprächspsychotherapie. Aber auch mit den Tagtraumtechniken des katathymen Bilderlebens wurden günstige Einflußnahmen auf das Krankheitsgeschehen beschrieben (105). Nur bei einer geringen Zahl der Patienten wird die Indikation für eine psychoanalytische oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie zu stellen sein (31).

Da sich die Morbus Crohn-Patienten oft in äußerst psychopathologischen Familienkonstellationen mit starken neurotischen Interaktionen und Symbiosen befinden, sehen

Freyberger, Wirsching et al. gerade bei diesen Patienten eine Indikation für eine Familientherapie (35, 110).

Die zusätzliche psychotherapeutisch erreichbare Milderung der originär neurotischen Gestörtheit könnte somit zumindest jenen inneren psychischen Streß mindern, der im Sinne einer psychosozialen Teilätiologie zu Crohn-Schüben beiträgt (35).

Anhand dieser Berichte wird die Bedeutung der ergänzenden Psychotherapie deutlich. Jeder Mediziner, der mit diesen Patienten zu tun hat, sollte sich dieser Zusammenhänge bewußt sein und die Heranziehung psychotherapeutischer Hilfe im Einzelfall erwägen. Rezidive und Operationen könnten so hinausgezögert oder in manchen Fällen sogar verhindert werden.

6. Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wird der postoperative Verlauf von 347 Patienten mit einem künstlichen Darmausgang untersucht. Das Krankengut setzt sich aus vier Diagnosegruppen zusammen: familiäre Polyposis, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa und Rektumkarzinom.

Als Untersuchungsinstrument wurde ein 16 seitiger Fragebogen verwendet, der allgemeine Sozialdaten, die präoperative Aufklärung, die Betreuung, die Bedeutung der Stomaanlage für den Patienten und postoperativ neu aufgetretene Erkrankungen erfassen soll. Außerdem wurden den Patienten die Münchner Beschwerdenlisten – zur Beurteilung des prä- und postoperativen Befindens – und der Gießen-Test vorgelegt.

Die erhaltenen Daten wurden statistisch und faktorenanalytisch aufgearbeitet. Es lassen sich folgende Ergebnisse daraus ableiten:

1. Die Patienten reagieren auf die Anlage eines künstlichen Darmausgangs und der damit verbundenen Veränderung ihres gewohnten Körperschemas mit verschiedenen Reaktionsweisen. Es kommt zur reifen Akzeptanz des Stomas, aber auch depressiver Rückzug, zwanghafte Fixierung auf den Anus praeter, überkompensatorische Verleugnungshaltung und rollenkonformer Rückzug sind als mögliche Verlaufsformen festzustellen.
2. Patienten, die eine reife Akzeptanz des Stomas aufweisen, leiden postoperativ signifikant weniger unter körperlichen und seelischen Beschwerden als Patienten die eine der vier anderen Verlaufsformen zeigen. Patienten mit reifer Verlaufsform weisen auch postoperativ signifikant seltener Zweitkrankheiten auf.

3. Patienten mit familiärer Polyposis fallen bei Faktor 1 (reife Verlaufsform) durch außerordentlich hohe Scores auf. Die anderen drei Diagnosegruppen zeigen wesentlich seltener diese reife Akzeptanz des Anus praeter. Am ausgeprägtesten neigen die jungen Karzinom-Patienten zur überkompensatorischen Verleugnungshaltung.
4. Betrachtet man das Neuauftreten von Zweitkrankheiten oder Beschwerden innerhalb eines Jahres nach der Operation, so zeigt sich, daß Morbus Crohn- und Colitis ulcerosa-Patienten signifikant (3-5-fach) mehr neue Beschwerden aufweisen als die Patienten mit der familiären Polyposis. Die Werte der Karzinom-Patienten liegen zwischen diesen beiden Gruppen.
5. Häufiges Auftreten von neuen Beschwerden wird bei Patienten gefunden, die präoperativ schlecht aufgeklärt bzw. postoperativ schlecht betreut werden. Außerdem neigen diese Patienten später häufiger zu depressivem Rückzug und einer zwanghaften Fixierung auf den Anus praeter.
6. Aus der Auswertung des Gießen-Tests geht hervor, daß alle vier Diagnosegruppen von Stomaträgern sich eher negativ resonant, dominanter und depressiver als die Normalbevölkerung einstufen. Während die Abweichung bei den Patienten mit familiärer Polyposis jedoch nur gering ist, unterscheiden sich die Patienten mit Morbus Crohn, Colitis ulcerosa und Rektumkarzinom bezüglich ihrer Depressivität signifikant von der Normalbevölkerung.
7. Patienten, die sich im Gießen-Test als gefügig und depressiv einstufen, haben signifikant häufiger unter postoperativ neu aufgetretenen Beschwerden zu leiden.

Aus dem Gesagten wird deutlich, daß Ärzte und Pflegepersonal in dieser prä- und postoperativen Zeit eine weitreichende Aufgabe zu bewältigen haben.

Wird eine zum Anus praeter führende Operation notwendig, sollen die Patienten einfühlsam, aber auch offen und ehrlich über seelische und körperliche Konsequenzen aufgeklärt werden. Der Arzt muß wissen, daß der Patient ihm und der Operation gegenüber unbewußte Phantasien und Erwartungen hat. Er kann den Chirurgen als Retter und Heiler einerseits, aber auch als verstümmelnde Instanz erleben. Die Trauerphase darf in dieser Zeit nicht bagatellisiert oder durch dämpfende Psychopharmaka unterdrückt werden.

Den Patienten sollte eine geschulte Stomatherapeutin zur Verfügung stehen. Des weiteren empfiehlt es sich, die Betroffenen auf die Existenz von Selbsthilfegruppen wie der deutschen Ileo-Colo-Stomie-Vereinigung hinzuweisen, die sich bei der Rehabilitation von Stomaträgern große Verdienste erworben hat.

Der behandelnde Arzt darf jedoch nie die individuelle Persönlichkeit des einzelnen Patienten außer Acht lassen. Treten krankheitsauslösende psychische Konfliktkonstellationen in den Vordergrund, sollte er nicht zögern, eine begleitende Psychotherapie einzuleiten.

7. Literaturverzeichnis

1. Alexander- Management of Crohns fistula.
Williams J. Dis. Col. and Rect. 19 (1976) 518
2. Bahnson C.B. Psychological Aspects of Cancer
Kissen D.M. Am.N.Y.Acad.Sci. 125 (1966)
3. Bahnson C.B. Das Krebsproblem in psychosomat.
 Dimension. In: Uexküll, Th.v. (Hrsg):
 Psychosomatische Medizin. 3. Auflage
 1986
4. Beckmann D. Gießen-Test. Ein Test für Individual-
Richter H.E. und Gruppendiagnostik. Verlag Hans
 Huber, 1975
5. Beeken W.L. Evidence for a transmissible agent in
Mitchel D.N. Crohns disease. Clin.Gastroent. 53
 (1976) 289
6. Bockus H.L. Present status of chronic regional or
 cicatricing enteritis. J.Am.Med.Ass.
 127 (1945) 449-456
7. Bortz J. Lehrbuch der Statistik. 2.Auflage
 Springer, Berlin 1985 S. 171
8. Bouchier J.A. Textbook of Gastroenterology.
 Balliere, Tindall 1984 S.890
9. Brähler E. Auswertung von Paarbeurteilung mit
 dem Gießen-Test. Skript Gießen 1981
10. Bräutigam W. Psychosomat. Medizin. 3. Auflage
 Thieme, Stuttgart 1981
11. Brandtzaeg P. Immunhistochemical studies in normal
Baklien K. and diseased human intestinal mucosa.
 Scand.J.Gastroent. II Suppl. (1976) 1
12. Brandt L.J. Metronidazole therapy for perineal
 Crohns disease. Gastroenterology 83
 (1982) 383-387

13. Burnham W.R. Sexual Problems amongst married ileo-
Lennard-Jones stomists. Gut 18 (1977) 673
J.E.
14. Bussey H.J.R. Familial polyposis coli. Path.
ann. 14 (1979) 61-81
15. Bussey H.J.R. Genetics of gastrointestinal poly-
posis. Gastroent. 74 (1979) 1325-1330
16. Cave D.R. Induction of granulomas in mice by
Mitchel D.N. Crohns disease. Gastroent. 75 (1978)
632
17. Cohn E.M. Regional enteritis and its relation to
Ledermann J.J. emotional disorders. Am.J.Gastroent.
Shore E. N.Y. 54 (1970) 378-387
18. Cramer J. Psychosoz. Faktoren und Krebs. Unter-
Blohmke M. suchung von 80 Frauen mit einem psycho-
Bahnson C.B. soz. Fragebogen. MMW 119 (1977) 1387
19. Crohn B. Regional ileitis.
Ginzburg L. J.Am.M.Ass.99 (1932) 1323
Oppenheimer G.
20. Curtius F. Die Colitis ulcerosa und ihre konser-
vative Behandlung. Springer, Berlin
1962
21. De Cosse J. The effect of ascorbic acid on rectal
Adams M.B. polyps of patients with fam. polyposis.
Surg.St.Louis 78 (1975) 608
22. Demling L. Klinische Gastroenterologie Band I.
2. Auflage Thieme, Stuttgart 1984
23. Deschner E. Proliverative patterns in colonic
mucosa in fam. polyposis. Cancer 35
(1975) 413
24. Donnelly B. Evidence for a transmissible factor
Delaney P.V. in Crohns disease. Gut 18 (1977) 360
25. Dukes C.E. Familial intestinal polyposis. Ann.
R.Coll.Surg.Engl. 10 (1952) 293

26. Engel G.L. Studies of Ulcerative Colitis III:
The Nature of the Psychologic Pro-
cess. Am.J.Med. 19 (1955) 231
27. Engel G.L. Colitis ulcerosa. In: Uexküll, Th.v.
(Hrsg): Psychosomatische Medizin 2.
Auflage, Urban und Schwarzenberg,
München 1981
28. Erikson E.H. Identität und Lebenszyklus.
Suhrkamp, 1966 S. 62
29. Farmer R.G. Clinical features and natural history
of inflammatory bowel disease.
Med.Clin.N.Am. 64 (1980) 1103
30. Federn P. Ego Psychology and the Psychoses.
Basic Books New York, 1953
31. Feiereis H. Morbus Crohn. In: Uexküll, Th.v.
(Hrsg): Psychosomatische Medizin 3.
Auflage, Urban und Schwarzenberg,
München, 1986
32. Ford C.V. A psychiatric study of patients with
regional enteritis.
J.Am.Med.Ass. 208 (1969) 311-315
33. Freyberger H. Psychosomatische Therapie bei Colitis
ulcerosa. Med. Klin. 64, 21 (1969)
969-972
34. Freyberger H. Die psychische Führung von Patienten
Nordmeyer J. mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa.
In: Goebell, H (Hrsg): Der chronisch
Kranke in der Gastroenterologie.
Springer, Berlin, 1984

35. Freyberger H. Kurz und Langzeiteffekte ergänzender
Künsbeck H.W. Psychotherapie bei Patienten mit
Morbus Crohn. Vortrag 24, Arb. Tag.
Dtsch. Kolleg. Psychosom. Medizin,
Schömberg 1986
36. Goldberg D. A psychiatric study of patients with
diseases of the small intestine.
Gut 11 (1970) 459-465
37. Goligher J. Surgery of the Anus, Rectum and
Colon. 5th edition, Balliere Tindall
London 1984
38. Gotthardt J. Zum Stellenwert des autogenen Trai-
ning in der stat. psychosom. Behand-
lung von Colitis ulcerosa und Morbus
Crohn Patienten. Psychother. Med.
Psychol. 34 (1984) 41-43
39. Groen J. Psychogenesis and Psychotherapy of
Ulcerative Colitis. Psychos. Med. 9
(1947) 151-165
40. Groen J. Psychosomatic Aspects of Syndrome
Bastians J. Shift and Syndrome Suppresion. In:
Valk v.d. J. Booij, I. (ed): Psychosomatics.
Elsevier, Amsterdam, 1957
41. Haferkamp O. Morbus Crohn und Colitis ulcerosa.
Standortbestimmung: Pathologisch-
anatomische Aspekte. Chirurg 52
(1981) 737-743
42. Hammer B. Diseases associated with ulcerative
colitis and Crohns disease. Gut 9
(1968) 17-21

43. Harrison T.R. Principles of Internal Medicine.
10th edition, Mc Graw Hill, 1983
p. 1738-1752
44. Heberer G. Chirurgie. 4. Auflage
Köle W. Springer, Berlin 1983
Tischerne H.
45. Herfarth Ch. Morbus Crohn und Colitis ulcerosa.
Heil Th. Standortbestimmung: Chir. Aspekte.
Chirurg 52 (1981) 749-757
46. Hellers G. Epidemiology of Crohns Disease in
Stockholm County. In: Crohns Disease
a global assesement.Ed. Lee.Publishers
Aylesbury, England, 1980
47. Hubbard T.B. Fam. Polyposis of the Colon. The fate
of the retained rectum after colectomy
in children. Am. J. Surg. 23 (1957)
577
48. Kahan B.D. Cyclosporine A: a selective anti-T
agent. In: Janossy G. (ed.): Clinics
in haematology. London W.B. Saunders
1982
49. Kieninger G. Chirurgische Therapie der chronisch
entzündlichen Darmerkrankungen, Vortrag
Fortbildungsveranstaltung, Bad Cann-
stadt 1984
50. Klußmann R. Psychologische Probleme bei Stoma-
träger. Z. Allgemein Medizin 53 (1977)
2035
51. Klußmann R. Psychosomatische Aspekte kolekto-
mierter Patienten. Fortschr. Med. 97
(1979) Nr. 8

52. Klußmann R. Zustand nach Proktokolektomie bei
Colitis ulcerosa Patienten. Erste
Ergebnisse psychosomat. Untersuchungen
zur Frage des Symptomwandels.
90. Tagung dt. Gesellschaft Innere
Medizin. Wiesbaden 1984

53. Klußmann R. Psychosoziale Aspekte des Stoma-
Trägers - aus ärztlicher Sicht. Vor-
trag 101: Kongreß Dt. Gesellschaft
Chir. München 1984

54. Klußmann R. Entzündliche Darmerkrankungen aus
organischer und psychosomat. Sicht.
Zbl. Chir. 110 (1985) 32-39

55. Kolb I.C. Disturbance of the Body Image.
American Handbook of Psychiatry.
New York Basic Books (1959) 749-769

56. Kopelovic L. Tumor promotor alone induces neo-
Bias N.E. plastic transformation of fibroblasts
Helson N. from humans, genetically predisposed
to cancer. Nature 282 (1979) 619

57. Korelitz B.J. From Crohn to Crohn's disease. An
epidemiological study in New York City.
Mt. Sinai. J. Med. 46 (1979) 533-540

58. Kruis W.J. Die Differentialdiagnose Morbus Crohn
Eisenburg J. - Colitis ulcerosa. Dtsch. Med. Wschr.
106 (1981) 1003

59. Küchenhoff J. Psychosoz. Rehabilitation von Anus
praeter Trägern. Med. Diss. Heidel-
berg 1978

60. Küchenhoff J. Hilfe bei seel. Problemen von Anus
 Wirsching M. praeter Patienten. ILCO-Verlags-GmbH
 Freising 1983

61. Kyle J. Fall in the incidence of Crohns
 Stark G. disease. Gut 21 (1980) 340

62. Lampe H.J. Spezielle Indikationen zur chir.
 et al. Therapie beim Morbus Crohn.
 Chir. Praxis 29 (1981/82) 19-34

63. Lee E.C.G. Crohns Workshop. A Global Assessment
 of Crohn's disease. Heyden London
 1981

64. Leibig Th. Zur Persönlichkeitsstruktur von
 Wilke E. Patienten mit Colitis ulcerosa und
 Feiereis H. Morbus Crohn. Eine testpsycholog.
 Untersuchung während der Krankheits-
 remission. Z.Psy.Som.Med. (1985) 380

65. Lennard-Jones Sulphasalazine, corticosteroids
 and immunosuppressive drugs in the
 treatment of Crohn's disease. In:
 Allan R. Netch: Inflammatory bowel
 diseases. Edinburgh Churchill Living-
 stone 1983

66. Lewkonis R.M. Familial inflammatory bowel disease -
 McConnel R. B. hereditary or environment? Gut 17
 (1976) 235-243

67. Lindemann E. Symptomatology and Management of
 Acute Grief. Am. J. Psychiat. 101
 (1944) 7-21

68. Lock M.R. Recurrence and Reoperation for Crohns
 Farmer R.G. Disease. N.Engl.J.Med. 304 (1981) 1580

69. Lockhart-
Mummary J.P. Diseases of the Rectum and Colon
and their Surgical Treatment. 2nd ed.
Ballière Tindall, London 1934
70. Lockhart-
Mummary J.P. Crohns Disease of the Large Intestine.
Gut 5 (1964) 493
71. López Ibor I. Psychosomatische Forschung.
In: Psychiatrie der Gegenwart.
Heidelberg 1963
72. Martini G.A. Increased consumption of refined carbo-
Brandes J.W. hydrates in Crohns disease.
Klin. Wschr. 54 (1976) 367
73. Mayberry J.F. Diet in Crohns disease. Digestive
Rhodes J. Diseases and Sciences 26 (1981) 444-448
74. Miles W.E. A method of performing abdomino-
perineal excision for carcinoma of
the rectum. Lancet 2 (1908) 1812
75. Mitchel D.N. Agent transmissible from Crohns
Rees R.J. disease tissue. Lancet 2 (1970) 168
76. Moertel C.G. Management of multiple polyposis of
the large intestine. Cancer 28 (1971)
160
77. Moertel C.G. Surgical management of multiple poly-
Hill J.R. posis. Arch. Surg. Chicago 100 (1970)
521
78. Murray C.D. Psychogenic factors in the etiology
of ulcerative colitis and bloody
diarrhoe. Am. J. Med. Science CLXXX
(1930) 239-248

79. Papaionnou N. The relationship between histological inflammation in the cut ends after resection of Crohns disease and recurrence. Gut 20 (1979) 916
80. Paulley J.w. Crohns Disease. Lancet II (1958) 959-960
81. Puhl W. Syndromwechsel nach Kolektomie wegen Colitis ulcerosa. Katamnestische Untersuchung. Diss. Med. Fak. Marburg 1968
82. Reed I.E. Agenetic study of multiple poly-
Neel J.V. psis of the colon. Am. J. Hum. Genet. 7 (1955) 236-263
83. Reindell A. Zur psychosom. Differenzierung
Ferner H. zwischen Colitis ulcerosa und
Gmelin K. Morbus Crohn. Zeitschr. psychosom. Med. 27 (1981) 385-371
84. Richter H.E. Patient Familie. Rowohlt, Hamburg 1970
85. Sachs L. Angewandte Statistik. 6. Auflage
Springer, Berlin 1984
86. Schröder S. Das Turcot Syndrom. Dtsch. Med.
Otto H.F. Wschr. 109 (1984) 187-190
87. Schuchhardt W. Familial Polyposis and Gardner
Ponsky J.L. Syndrom. Surg. Gyn. Obstet. 148 (1979) 97-103
88. Schultheis K. Psychosom. Aspekte des Morbus Crohn.
Uexküll Th.v. In: Uexküll, Th.v. (Hrsg): Lehrbuch der psychosom. Medizin. Urban und Schwarzenberg, München 1981

99. Thomson J. P. Treatment of adenomas of the rectum: experience of St. Marks Hospital 1963-1972. Dis.Colon, Rectum 20 (1977) 467
100. Überla K. Faktorenanalyse. 2. Auflage, Springer Berlin, 1971
101. Uexküll Th.v Der Körperbegriff als Problem der Psychoanalyse und der somatischen Medizin. Psychother. Psychosom. 30 (1985) 95-103
102. Ullmann H. Der Morbus Crohn aus psychosomatischer Sicht. Med. Klin. 77 (1982) 782-788
103. Watts J. Long term complications and prognosis following major surgery for ulcerative colitis. Br.J. Surg. 53 (1966) 1014
De Dombal F.
Golgher J.C.
104. Wennstrom J. Hereditary benign and malignant lesions of the large bowel. Cancer 34 (1974) 850-857
105. Wilke E. Diagnostische und therapeutische Aspekte mit dem katathymen Bilderleben bei Patienten mit Colitis ulcerosa und Morbus Crohn. In: Studt, H.H. (Hrsg): Psychosomatik in Forschung und Praxis Urban und Schwarzenberg, München 1983
106. Winkler R. Besondere Probleme bei Ileostomie. DMW 1/7 (1982) 865
107. Winkler R. Stomatherapie. Thieme, Stuttgart 1983
108. Wirsching M. Psychosoziale Rehabilitation von Anus praeter Trägern. Ein Vergleich von Krebs- und Colitis ulcerosa Patienten. Med. Psychol. 3 (1977) 119
Drüner H.
Hehl F.

109. Wirsching M. Krankheit und Familie. Klett,
 Stierlin H. Stuttgart 1982
110. Wirsching M. Familientherapeutische Aspekte bei
 Colitis ulcerosa und Morbus Crohn.
 Zschr. psychosom. Med. 30 (1984)
 238-246
111. Zander W. Colitis ulcerosa und Morbus Crohn
 aus psychosomatischer Sicht. Med.
 Welt 33 (1982) 948-950
112. Zerssen D.v. Die Beschwerdenliste. Beltz Test
 Gmbh, München 1976
113. Ziegler K. Validisierungsuntersuchung mit der
 HHM-Beschwerdenliste. Hamburg 1970
114. Zöllner N. Vom Symptom zur Diagnose. 7.Auflage
 Hadorn W. Karger Verlag, München 1979

Anhang: Der Fragebogen

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr!

Medizinischer Fortschritt ist nur möglich, wenn die Erfahrungen von Betroffenen in die ärztliche Behandlung mit einbezogen werden. Aus diesem Grunde wenden wir uns heute an Sie mit der Bitte, den folgenden Fragebogen zu beantworten. Sie tragen durch Ihre Mitarbeit direkt dazu bei, die medizinische und psychologische Betreuung vor und nach einer Anus praeter Operation zu verbessern und hierin Ärzte und Patienten zu unterstützen. Auch die Deutsche Ilco e.V. ist auf Ihre Erfahrung angewiesen, um den Betroffenen sinnvolle Hilfe leisten zu Können.

Bitte nehmen Sie sich ein bis zwei Stunden Zeit, diesen Fragebogen auszufüllen und schicken Sie ihn anonym im beiliegenden freigemachten Kouvert an uns zurück.

Bitte beantworten Sie alle Fragen, auch die persönlichen. Der Fragebogen ist, wie gesagt, absolut anonym.

Kreuzen Sie bitte immer nur eine Antwort an, außer, wenn ausdrücklich Mehrfachankreuzung erbeten ist.

Wenn keine der vorgegebenen Antworten genau auf Sie zutrifft, wählen Sie bitte die Antwort, die Ihnen am ehesten entspricht. Wenn Sie es wünschen, können Sie Ihre Antworten unter Angabe der Fragennummer auf einem zusätzlichen Blatt erläutern.

Bitte lassen Sie keine Fragen aus. Nur wenn alle Fragen aufrichtig beantwortet sind, ist der Fragebogen auswertbar und von Nutzen für die Patienten, denen mit dieser Umfrage geholfen werden soll.

Für Ihre Mitarbeit und Ihr Engagement danken wir Ihnen im Voraus!

1. Geburtsjahr
2. Geschlecht
3. Familienstand
4. Schulbildung
5. Anzahl der Kinder
6. Beruf
7. Berentung, seit wann?
8. Ausbildung
9. Größe des Wohnorts
10. Datum der Operation
11. Zugrunde liegende Erkrankung
12. Wußten Sie vor der Operation, daß ein Anus praeter angelegt wird?
13. Wußten Sie vor der Operation, was ein Anus praeter ist, wie er funktioniert und versorgt wird?
14. Wurden Sie vor der Operation aufgeklärt über:
 - a. Die Art der Operation?
 - b. Risiken der Operation?
15. Wurden Sie vor der Operation aufgeklärt über mögliche Konsequenzen, bezüglich:
 - a. Versorgung des Stomas?
 - b. Seelischer Probleme?
 - c. Sozialer Probleme?
 - d. Sexueller Probleme?
16. Wer hat vor der Operation mit Ihnen gesprochen?
 - a. Stationsarzt
 - b. Krankenschwester oder Pfleger
 - c. Stomatherapeutin
 - d. Niemand
17. Wie lange waren diese Gespräche zusammen?

18. Waren nach den Gesprächen Ihre Fragen beantwortet?
 19. Konnten Sie auch über Ihre seelischen Nöte angesichts der Krankheit und der bevorstehenden Operation sprechen?
 20. Wurde die Stelle, an die der künstliche Darmausgang kommen sollte, vor der Operation angezeichnet?
 21. Bleibt das Stoma an dieser Stelle?
Wenn ja, wußten Sie das schon vor der Operation?
- Falls Ihr Anus praeter wegen eines Morbus Crohn angelegt wurde:
22. Ist der M. Crohn später noch einmal an einem anderen Darmabschnitt aufgetreten?
Wenn ja, wann und wo?
 23. Wurde dieser Darmabschnitt wieder operativ entfernt?
 24. Wurde Ihr Anus praeter irgendwann wieder zurückverlagert?
 25. Welche Art von Stoma wurde angelegt?
 - a. Ileostoma
 - b. Colostoma
 26. Wurde bei der Operation auch Ihr Rektum entfernt?
 27. Wurde bei der Wahl der Stelle Ihre übliche Kleidung berücksichtigt?
 28. Empfinden Sie die Lage des Stomas günstig?
 29. Tragen Sie eine Leibbinde?
 30. Wie fühlten Sie sich nach dem Aufklärungsgespräch?
 - a. Eher ausgeglichen und hoffnungsvoll?
 - b. Eher unruhig und deprimiert?
 31. Waren Sie mit der ärztlichen, bzw. psychologischen Betreuung im Krankenhaus nach der Operation zufrieden?
 32. Werden Sie seit der Entlassung aus der Klinik medizinisch, bzw. psychologisch betreut?
 33. Konnten Sie vor der Operation mit einem anderen Anus praeter Träger sprechen?
 34. Sind Sie aktives Mitglied der ILCO oder anderer Selbsthilfegruppen?

35. Brauchen Sie Ihrem Gefühl nach mehr Hilfe von:
- a. Ärzten
 - b. Psychologen
 - c. Mitmenschen
 - d. Kirche
36. Ist in Ihrer Familie noch jemand an dem selben Leiden erkrankt wie Sie?
37. Ich bin eher:
- a. friedliebender
 - b. rebellischer als meine Geschwister?
38. Wie reagierten Sie als Sie erfuhren das ein Anus praeter angelegt werden muß?
- a. Ich war deprimiert und hoffnungslos.
 - b. Ich war zwar zutiefst betroffen und den Tränen nahe, aber die Hoffnung auf Gesundheit war stark in mir.
 - c. Ich war zwar zuerst etwas schockiert dachte aber bald: alles halb so schlimm, Hauptsach ich werde bald wieder gesund.
39. Hatten Sie das Gefühl, eine Krankheit gegen eine andere vertauscht zu haben, als Sie das Stoma nach der Operation sahen?
40. In den ersten 2 Wochen nach der Operation, war ich:
- a. sehr deprimiert, das Leben schien seinen Sinn verloren zu haben.
 - b. sehr deprimiert, meine einzige Hoffnung war meine Aufgabe in Familie bzw. Haushalt und Beruf.
 - c. oft traurig, aber ich versuchte mich bewußt mit meiner Lebenssituation vertraut zu machen.
 - d. meist zuversichtlich, ich hatte mich mit dem Anus praeter abgefunden.
41. Die Darmoperation war für mich:
- a. keine Verbesserung, ich fühle mich noch genauso krank wie vorher.
 - b. zwar der Weg zur Gesundheit, aber mein Leben beschränkt sich jetzt ganz auf meine Aufgaben in Familie bzw. Beruf.
 - c. auf jeden Fall eine positive Wende in meiner Krankengeschichte.
42. Ist Ihnen jemand bei der Versorgung Ihres Stoma behilflich?

43. Falls Ihnen niemand bei der Stomaversorgung hilft, warum nicht:
- a. Es ist mir peinlich, wenn mir jemand dabei hilft.
 - b. Ich will damit niemand zur Last fallen.
 - c. Ich habe ein ganz bestimmtes Schema, nach dem ich mein Stoma versorge. Das kann ich alleine am besten.
 - d. Ich habe niemand, der mir helfen könnte.
44. Empfinden Sie die Versorgung Ihres Anus praeter deprimierend?
45. Empfinden Sie die Versorgung Ihres Anus praeter so ähnlich, wie früher den Gang zur Toilette?
- a. Ja, es ist ja auch eigentlich dasselbe.
 - b. Naja, es ist doch viel umständlicher.
 - c. Ich finde es viel widerlicher.
46. Wechseln Sie den Beutel öfters als 3 mal täglich?
47. Wann wechseln Sie den Beutel?
- a. Regelmäßig um die gleiche(n) Zeit(en).
 - b. Immer wenn es nötig ist.
48. Welches Versorgungssystem benutzen Sie?
49. Empfinden Sie Ihren Anus praeter als Krankheit?
50. Haben Sie oft Angst davor, daß andere Menschen Geräusche oder Gerüche Ihres Anus praeter bemerken?
51. Genügt manchmal eine Stomakappe zur Versorgung? Wenn ja, wie lange?
52. Haben Sie eine Kocksche Tasche?
53. Haben Sie eine Schließmuskelerersatzplastik?
54. Benutzen Sie einen Magnetverschluß?
55. Betreiben Sie Irrigation?
56. Haben Sie Ihre Ernährung seit der Operation umgestellt?
57. Eine regelmäßige Stuhlentleerung gelingt mir durch gezielte Ernährung.
58. Wie oft reinigen Sie die Haut um das Stoma gründlich?
- a. Regelmäßig, oder bei jedem Beutelwechsel.
 - b. Unregelmäßig, wenn es mir nötig erscheint.

59. Wie fühlen Sie sich im Umgang mit Ihrer Stomaversorgung?
- Die Versorgung war von Anfang an kein Problem für mich.
 - Am Anfang fühlte ich mich wie ein kleines Kind, das wieder in die Hose mach, aber inzwischen fühle ich mich sicher.
 - Ich fühle mich trotz aller Hilfsmittel unsicher mit meinem Anus praeter.
60. Ist die Haut um das Stoma gerötet, entzündet oder gar offen? (oft, selten)
61. Gibt es Momente, in denen Sie ganz vergessen, daß Sie einen Anus praeter haben?
- Ich bin viel zu beschäftigt, um mir darüber große Gedanken zu machen.
 - Manchmal. Haushalt/Beruf lenken mich davon ab.
 - Ich denke fast immer an ihn.
62. Der Preis "Anus praeter" war für die Wiedererlangung der Gesundheit
- zu hoch
 - nur schwer ertragbar
 - auf jeden Fall ertragbar
63. Wie ist Ihre Stimmung zur Zeit?
- Ich bin fast immer niedergeschlagen.
 - Ich bin meistens wohl auf, wenn Probleme auftauchen, versuche ich sie mir bewußt zu machen und zu meistern
 - Meine Stimmung ist gut, wenn ich mich gebraucht fühle.
 - Seit ich mich mit dem Anus praeter abgefunden habe, bin ich meistens guter Laune.
 - Ich muß andauernd an den Anus praeter denken.
64. Haben Sie vor der Operation schon einmal daran gedacht sich das Leben zu nehmen?
65. Haben Sie nach der Operation jemals daran gedacht, sich das Leben zu nehmen? Wenn ja, wann und warum?
66. Was betrachten Sie zur Zeit als Ihren wichtigsten Lebensinhalt?
- Versorgung von Haushalt, Familie und Kindern.
 - Beruf und Anerkennung in der Gesellschaft.
 - Meine Krankheit hindert mich daran, darüber nachzudenken.

- d. Es fällt mir schwer, noch einen sinnvollen Lebensinhalt zu finden.
 - e. Das Leben intensiv erleben, gute Partnerschaft mit dem (Ehe)-Partner, bzw gute zwischenmenschliche Beziehungen.
 - f. Zuerst einmal den Anus praeter optimal zu versorgen und dadurch volle Gesundheit zu erlangen.
67. Wie ist Ihre Beziehung zu Ihren Kollegen seit der Operation?
- a. Gut, über mein Stoma wird grundsätzlich nicht gesprochen.
 - b. Gut, ich kann mit einigen auch über Schwierigkeiten sprechen, die ich wegen meines Anus praeter im Beruf habe.
 - c. Eher weniger gut. Meine Behinderung stößt auf wenig Verständnis, obwohl ich versuche mir nichts anmerken zu lassen.
 - d. Schlecht ich bin kein vollwertiger Mitarbeiter mehr. Ich habe keine Kollegen, weil:
 - e. Ich seit der Operation berentet bin.
 - f. Ich seit der Operation arbeitslos bin.
 - g. Ich Hausfrau bin.
68. Wie empfinden Sie Ihren körperlichen Zustand?
- a. Gesund und kräftig
 - b. Die Hoffnung auf vollständige Gesundheit habe ich aufgegeben.
 - c. Über meine Gesundheit mache ich mir wenig Gedanken.
 - d. Ich fühle mich noch genauso krank, wie vor der Operation.
 - e. Die Veränderung meines Körpers durch den Anus praeter macht mir sehr zu schaffen.
69. Haben Sie Ihrem Stoma einen Namen gegeben?
Wenn ja, welchen?
70. Wie gestalten Sie Ihre Freizeit?
- a. Ich bin wie schon immer sehr aktiv.
 - b. Ich bin aktiver als vor der Operation, weil ich mich wieder ganz gesund fühle.
 - c. Ich bin weniger aktiv. Der Anus praeter lähmt mich.
 - d. Ich habe wenig Freizeit, weil ich ganz in meiner häuslichen oder beruflichen Verpflichtung aufgehe.
 - e. Auch in meiner Freizeit beschäftigen sich meine Gedanken oft mit dem Anus praeter.

71. Treiben Sie Sport?

- a. Ja, ich fühle mich sogar kräftiger als vor der Operation
- b. Ja, durch den Anus praeter hat sich nichts geändert.
- c. Nein, Sport kommt für mich nicht mehr in Frage.
- d. Nein, ich hatte an Sport schon früher kein Interesse.
- e. Nein, das würde die Versorgung des Stomas erschweren.

72. Können Sie seit Ihrer Operation verreisen?

- a. Ja, der Anus praeter hat damit nichts zu tun.
- b. Ja, wenn ich die nötigen Vorkehrungen treffe.
- c. Nein, das ist zu schwierig, ich bin auch nicht in der Stimmung.
- d. Nein, unterwegs kann ich mein Stoma nicht richtig versorgen.
- e. Nein, meine Aufgaben liegen jetzt in Haushalt und Beruf.
- f. Nein, dazu fühle ich mich noch zu krank.

73. Wie ist Ihre Beziehung zu Ihrer Familie?

- a. Mindestens so gut wie vor der Operation. In Bezug auf meinen Anus praeter finde ich Unterstützung.
- b. So gut wie früher. Über mein Stoma wird nicht gesprochen.
- c. Ich bin zufrieden damit, ich habe ja schließlich meine Aufgabe.
- d. Schlechter als früher. Ich habe manchmal das Gefühl, nicht mehr für vollwertig gehalten zu werden.
- e. Seit der Operation ist meine Familie in meinen Gedanken irgendwie in den Hintergrund getreten.

74. Ist Ihre Beziehung zu einer Person Ihres Elternhauses besonders eng?

- a. Nein
- b. Ja, zu meiner Mutter, besonders seit der Operation.
- c. Ja, zu meiner Mutter, wie schon seit eh und jeh.
- d. Ja, zu meinem Vater.
- e. Ja, zu Geschwistern

75. Wie oft besuchen Sie Freunde oder Bekannte?

- a. Genauso oft wie früher, oder öfter als vor der Operation

- b. Seltener als früher, mir fehlt dazu der Schwung.
 - c. Seltener als früher, meine Krankheit hindert mich daran.
76. Wie oft werden Sie von Freunden oder Bekannten besucht?
- a. Genauso oft wie früher oder öfter als vor der Operation.
 - b. Seltener. Wer soll mich denn schon besuchen.
 - c. Seltener. In meinem jetzigen Zustand kann ich keinen Besuch empfangen.
77. Wie ist Ihre Beziehung zu Ihren Freunden?
- a. Ich habe eine(n) gute(n) Freund(in)(oder mehrere), der (die) mir nach der Operation sehr geholfen hat, mich wieder zurechtzufinden. Die Beziehung ist auch jetzt noch innig.
 - b. Ich habe genauso viele Freunde und Bekannte wie vor der Operation.
 - c. Ich habe seit der Operation einige Freunde/Bekannte verloren.
 - d. Wozu brauche ich Freunde, ich habe ja meine Familie.
 - e. Leider kann ich wegen meiner Krankheit keine intensive Freundschaft mehr pflegen.
78. Fühlen Sie sich im Vergleich zu der Zeit vor der Operation oft einsam?
- a. Nein, denn ich war schon vor der Operation oft alleine
 - b. Ja
 - c. Nein, denn ich bin ständig mit anderen Menschen zusammen.
79. Wenn Sie sich einsam fühlen, glauben Sie, daß der Anus praeter daran schuld ist?
80. Wie oft gehen Sie ins Kino/Theater/Restaurant/Veranstaltungen?
- a. Öfter als vor der Operation.
 - b. Seltener, ich bin nicht in der richtigen Stimmung dazu.
 - c. Seltener, ich gehe ganz in meiner Verpflichtung auf.
 - d. Genauso oft wie früher.
81. Wie ist Ihre Beziehung zu Ihrem (Ehe)Partner?
- a. Sie ist abgekühlt, mein Partner hat für die Probleme mit dem Anus praeter kein Verständnis.
 - b. Sie ist abgekühlt, weil ich mich nicht mehr als vollwertiger Mensch empfinde und mich mehr zurückgezogen habe.

- c. Sie ist nach der Operation schlechter geworden, aber ich weiß nicht genau warum.
- d. Sie ist gleich geblieben.
- e. Sie ist inniger als vor der Operation. Wir haben gemeinsam meine Krankheit überwunden und dadurch ein intensives Vertrauensverhältnis aufgebaut.
- f. Ich habe keine(n) Partner(in).

Die Fragen 82 bis 85 entfallen, wenn Sie bei Frage 81 "f" angekreuzt haben.

82. Kinderwunsch

- a. Vor der Operation dachte ich noch daran, eigene Kinder zu haben, aber seither möchte ich keine mehr.
- b. Erst seit der Operation denke ich allmählich daran, Kinder zu haben.
- c. Ich wollte noch nie eigene Kinder
- d. Ich habe schon Kinder und möchte keine weiteren.

83. Sprechen Sie mit Ihrem Partner über sexuelle Probleme, die durch den Anus praeter bedingt sein könnten?

- a. Ja.
- b. Nein, es ist mir peinlich und hat doch keinen Sinn.
- c. Nein wir sind auch so zufrieden.
- d. Nein, solche Probleme sind bisher noch nicht aufgetaucht.

84. Haben Sie zur Zeit Intimkontakt mit Ihrem Partner?

- a. Ja, öfters als vor der Operation.
- b. Ja, wie vor der Operation.
- c. Ja, seltener als vor der Operation.
- d. Nein, seit der Operation nicht mehr. Einer von uns beiden, oder beide möchten es nicht.
- e. Nein, seit der Operation nicht mehr. Mit dem Anus praeter ist es nicht möglich.
- f. Nein, wir hatten auch vor der Operation keinen.

85. Haben Sie eines oder mehrere der folgenden sexuellen Probleme? (Mehrfachankreuzung möglich)

- a. Die Gefühle sind abgeschwächt, oder kein Höhepunkt.
- b. Impotenz oder Frigidität.
- c. Ich muß beim Intimkontakt oft an den Anus praeter denken.

- d. Hin und wieder gibt es Probleme, die sich aber im Gespräch lösen lassen.
 - e. Wir haben auf diesem Gebiet keine Probleme.
 - f. Sonstige Probleme.
86. Ist es Ihnen peinlich, wenn einer der folgenden Personenkreise weiß, daß Sie Anus praeter Träger sind?
- a. Familienmitglieder
 - b. Freunde
 - c. Berufskollegen
 - d. Fremde
 - e. Es ist mir überhaupt nicht peinlich.
87. Waren Sie seit der Operation irgendwann in psychotherapeutischer Behandlung?
88. Welche Medikamente haben Sie vor der Operation eingenommen und wie häufig? (auch Schlaftabletten)
89. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein und wie häufig?
90. Sind an Ihrem Stoma Komplikationen aufgetreten?
91. Wenn ja, welche und wann aufgetreten?
- a. Parastomale Hernie (Bruch am Stoma)
 - b. Stenose am Stoma (Verengung)
 - c. Prolaps (Vorfall)
 - d. Retraktion (Einziehung)
 - e. Abszeß (Geschwür)
 - f. Tumor
 - g. Sonstige:.....
92. Wieviel Alkohol nahmen, bzw. nehmen Sie zu sich?
- a. Vor der Operation täglich etwa:.....
 - b. Zur Zeit täglich etwa:.....
93. Wieviele Zigaretten rauch(t)en Sie?
- a. Vor der Operation täglich etwa:.....
 - b. Zur Zeit täglich etwa:.....

94. Ist bei Ihnen seit der Operation eine der folgenden Krankheiten oder Beschwerden:

- neu aufgetreten
- verstärkt hervorgetreten (war aber schon vor der Operation vorhanden)
- wann zum ersten Mal (möglichst genaues Datum)

Asthma
 Allergien, Heuschnupfen
 Chronische Erkältung
 Chronische Bronchitis
 Rheumatische oder Gelenkbeschwerden
 Häufiges Erbrechen
 Magen oder Zwölffingerdarmgeschwür
 Starke Gewichtszunahme
 Starke Gewichtsabnahme
 Gallenblasenentzündung/Steine
 Gicht
 Herzbeschwerden
 Bluthochdruck
 Nieren- und Harnwegserkrankungen
 Kopfschmerzen, Migräne
 Krampfstörungen
 Regelbeschwerden
 Ohnmachtsanfälle
 Diabetis
 Hautausschlag
 Juckreiz im Stomabereich
 Juckreiz allgemein
 Sonstige Beschwerden

Für die folgenden 59 Fragen versuchen Sie bitte, sich an Ihre körperliche und seelische Verfassung wenige Wochen vor Ihrer Darmoperation zu erinnern. Bitte lassen Sie keine Fragen aus, auch wenn Ihre Erinnerung an die damalige Zeit nur noch schwach ist:

- Fragen 95 bis 142 : Beschwerden-Listen "BL" und "BL'"

Ich litt zur damaligen Zeit unter folgenden Beschwerden:

stark mäßig kaum gar nicht

143. Einsamkeit
144. Großes Mißtrauen
145. Unselbstständigkeit
 Abhängigkeit
146. Unfähigkeit rational zu denken
147. Gefühlslosigkeit
148. Niedergeschlagenheit
149. Angst vorm Alleinsein

stark mäßig kaum gar nicht

150. Unbegründete Furcht vor bestimmten Dingen

151. Innere Leere

152. Minderwertigkeitsgefühle

153. Schuldgefühle

In den folgenden 59 Fragen beschreiben Sie nun bitte Ihre derzeitige körperliche und seelische Verfassung:

- Fragen 154 bis 201: Beschwerden-Listen "BL" und "BL"

- Fragen 202 bis 212: Wiederholung der Fragen 143 bis 153

Fragen 213 bis 252: Gießen-Test

Lebenslauf

Name: Jürgen Armin Röger

Geburtsdatum: 29. April 1960

Geburtsort: München

Eltern: Hildegard Röger, Kauffrau
Kurt Röger, Kaufmann

Familienstand: ledig

Schulbildung: 1966-1970 Grundschule Unterpfaffenhofen
und Gräfelfing
1970-1977 Max-Planck Gymnasium München-
Pasing
1977-1979 Kurt-Huber Gymnasium Gräfelfing
27.6.79 Abitur

Studium: 1980-1986 Studium der Humanmedizin an der
Ludwig-Maximilian Universität
München

23.03.82 Ärztliche Vorprüfung

24.03.83 1. Staatsexamen

22.03.85 2. Staatsexamen

1985-1986 Praktisches Jahr:

1.Tertial: Orthopädie

2.Tertial: Innere Medizin

3.Tertial: Chirurgie

30.10.86 3. Staatsexamen, schriftlich

3.11.86 3. Staatsexamen, mündlich

13.11.86 Approbation als Arzt

